

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**Percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un
hospital público de Chiclayo, 2024**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

Nayely Ariana Tejada Gomez

ASESOR

Mary Susan Carrasco Navarrete

<https://orcid.org/0000-0001-7086-4566>

Chiclayo, 2025

**Percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de
un hospital público de Chiclayo, 2024**

PRESENTADA POR
Nayely Ariana Tejada Gomez

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR

Mirian Elena Saavedra Covarrubia
PRESIDENTE

Blanca Esther Ramos Kong
SECRETARIO

Mary Susan Carrasco Navarrete
VOCAL

Dedicatoria

Dedico este trabajo, ante todo, a Dios, por ser mi guía constante y brindarme la fortaleza necesaria para superar cada desafío.

A mi mamá y mi abuela, por su amor incondicional, su apoyo incondicional y por ser mis más grandes ejemplos de dedicación y esfuerzo. Gracias por creer siempre en mí.

A mis familiares, quienes, con su comprensión y cariño, me han acompañado a lo largo de este camino. A todos ellos, les agradezco profundamente por estar a mi lado en cada paso.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi asesora, Mary Susan Carrasco Navarrete, por su guía invaluable, paciencia y dedicación a lo largo de este proyecto, sus orientaciones fueron esenciales para el desarrollo de esta investigación.

Agradezco también a las enfermeras intensivistas del Hospital Las Mercedes, quienes, con su generosidad y disposición, participaron activamente en este estudio, su experiencia fue fundamental para el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, extendiendo mi gratitud a la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, por brindarme la formación académica y las herramientas necesarias para alcanzar esta meta.

Percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	portal.guiasalud.es Fuente de Internet	1%
3	personaybioetica.unisabana.edu.co Fuente de Internet	1%
4	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	doku.pub Fuente de Internet	<1%
7	um.edu.uy Fuente de Internet	<1%
8	livrosdeamor.com.br Fuente de Internet	<1%

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Revisión de literatura	11
Materiales y métodos.....	17
Resultados y discusión.....	24
Conclusiones.....	54
Recomendaciones.....	56
Referencias	54
Anexos.....	70

Resumen

Introducción: Los cuidados paliativos son un sistema de apoyo de la atención sanitaria, se adaptan según la necesidad del individuo y personas cercanas a él, mejoran el bienestar de los enfermos terminales y se centran en aspectos físicos como aliviar el dolor y síntomas psicosociales, emocionales o espirituales relacionados con la enfermedad. **Objetivo:** Identificar, describir y analizar las percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024. **Metodología:** El tipo de investigación fue cualitativa con abordaje descriptivo y la población se conformó por 55 enfermeras con especialidad en cuidados intensivos que laboran en el Hospital Las Mercedes Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 13 enfermeras, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Además, se utilizó una guía de entrevista semiestructurada validada por juicio de experto, se consideró los principios éticos y de rigor científico. **Resultados:** Surgieron 5 categorías: El cuidado paliativo involucra el alivio del dolor y sufrimiento del paciente, respeto por la vida y dignidad humana en los cuidados paliativos, identificación precoz de las necesidades de los pacientes en cuidados paliativos, la familia pilar básico para brindar cuidados paliativos y limitación para llevar a cabo los cuidados paliativos falta de normativas, insumos e infraestructura para proporcionar el cuidado. **Conclusión:** Las enfermeras intensivistas perciben el cuidado paliativo como un enfoque integral y humanizado que aborda las dimensiones física, emocional, social y espiritual del paciente, mantienen un compromiso profundo con la empatía y el respeto a la dignidad del paciente.

Palabras clave: Percepción (D010465), Cuidados paliativos (D010166), Enfermeros (D009726), Asistencia del enfermo crítico (D003422), Hospitales (D006761).

Abstract

Introduction: Palliative care is a health care support system, it is adapted according to the needs of the individual and people close to him, it improves the well-being of the terminally ill and focuses on physical aspects such as relieving pain and psychosocial and emotional symptoms. or spiritual events related to the illness. **Objective:** Identify, describe and analyze the perceptions of palliative care in intensive care nurses at a public hospital in Chiclayo, 2024. **Methodology:** The type of research was qualitative with a descriptive approach and the population was made up of 55 nurses with a specialty in intensive care who They work at the Las Mercedes Chiclayo Hospital. The sample was made up of 13 nurses, the sampling was non-probabilistic for convenience. In addition, a semi-structured interview guide validated by expert judgment was used, ethical principles and scientific rigor were considered. **Results:** 5 categories emerged: Palliative care involves the relief of the patient's pain and suffering, respect for life and human dignity in palliative care, early identification of the needs of patients in palliative care, the family as the basic pillar to provide care. palliative care and limitation to carry out palliative care, lack of regulations, supplies and infrastructure to provide care. **Conclusion:** Intensivist nurses perceive palliative care as a comprehensive and humanized approach that addresses the physical, emotional, social and spiritual dimensions of the patient, maintaining a deep commitment to empathy and respect for the patient's dignity.

Keywords: Perception (D010465), Palliative Care (D010166), Nurses (D009726), Critical Care (D003422), Hospitals (D006761).

Introducción

Actualmente, el número de defunciones en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es muy elevado, por ende, el equipo de salud afronta constantemente momentos difíciles donde las medidas de soporte vital avanzado y el tratamiento son insuficientes para preservar la vida¹. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)² aproximadamente 40 millones de personas tienen criterios de elegibilidad para recibir los cuidados paliativos, sin embargo, sólo el 14% consigue esta atención, sumado a ello, la poca conciencia y formación del personal sanitario es una limitante que obstaculiza la optimización del acceso a este tipo de intervenciones. Asimismo, la predicción sobre la supervivencia de los pacientes es problemática, se verificó que 70% de ellos sobrevivieron a un ingreso en la UCI y las familias confirmaron que volverían a ingresar, aunque sea sólo para aumentar un mes de vida³.

Según el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales e Igualdad (MSSSI) indicó que entre el 50% y 60% de defunciones anuales en España se presentan después de la fase terminal y avanzada de cáncer. Por lo tanto, estas personas hubieran recibido atención paliativa en diferentes niveles complejos al tener necesidades relevantes de salud y sociales⁴. Asimismo, en España la estadística demostró el aumento de personas que necesitaban los cuidados paliativos de forma alarmante, de este modo, se reportaron 424.523 muertes donde el 75% requería de cuidados paliativos, de ellos, cerca de 129.500 personas presentaron necesidades complejas, lo cual significa que 77.698 de familiares y pacientes no accedieron a cuidados paliativos especializados, una cifra que cada vez sigue aumentando⁵.

No obstante, en el año 2019 la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en colaboración con la Asociación Española de Enfermería de Cuidados Paliativos (AECPAL) reportaron un aumento en el número de pacientes que no tienen acceso a los cuidados paliativos. Como resultado, se documentaron alrededor de 424.000 defunciones, de las cuales el 75% requirió de estos cuidados, es decir, aproximadamente 318.000 personas necesitaron este tipo de atención. Según SECPAL, en 2018 solamente 51.800 individuos recibieron cuidados paliativos, dejando a cerca de 77.700 pacientes sin acceso a ellos. Las estadísticas reflejan la dura realidad de tener que enfrentar un número creciente de personas ancianas y enfermas, y al mismo tiempo lidiar con las consecuencias físicas, psicológicas, económicas, sociales y espirituales que conlleva la muerte, tanto para el paciente terminal como para su familia⁶. Además, varias enfermedades requieren cuidados paliativos, siendo el 38,5% enfermedades cardiovasculares, el 34% enfermedades cancerígenas, el 10,3% patologías

respiratorias crónicas, el 5,7% enfermedades infecciosas, y el 4,6% enfermedades hepáticas crónicas, neurológicas y reumáticas. Incluso, según los datos de Globocan, se estimó que los casos nuevos de cáncer en el mundo alcanzaron los 19,3 millones, mientras que las muertes por la misma causa fueron 10,0 millones⁷.

En el contexto peruano, los servicios de cuidados paliativos no se encuentran ampliamente desarrollados, y los existentes están mayoritariamente ubicados en hospitales del sector público. Estos servicios se distribuyen en 12 unidades, con un 59% en hospitales de tercer nivel, un 8% en hospitales de segundo nivel y un 33% en equipos multinivel. A pesar de que aproximadamente 130.000 pacientes en el país requieren medidas enfocadas en mitigar el dolor, la disponibilidad de profesionales especializados en este campo sigue siendo insuficiente⁸. Los pacientes atendidos en la unidad de cuidados paliativos evidencian un alto nivel de bienestar, según los resultados del estudio, el 84% de los participantes alcanzó un nivel favorable, mientras que el 16% presentó un nivel desfavorable⁹.

En la actualidad, la etapa terminal de la vida se cataloga como un tabú con varios prejuicios y miedos donde los profesionales de salud establecen barreras que mecanizan los cuidados y así se distancian de los pacientes moribundos, olvidando que son personas y sin considerar sus emociones. Por ello, se debe integrar el acto asistencial con el acompañamiento profesional, el soporte emocional, el manejo de situaciones difíciles y la comunicación interpersonal. Ante tal situación, se necesita un aprendizaje previo y una preparación adecuada para que el profesional enfrente situaciones que implican la especialización en el cuidado de los pacientes en etapa terminal, considerando una ampliación de los cuidados hacia la familia debido a su afectación directa. Asimismo, para establecer un correcto cuidado primero la persona debe ser consciente del cambio brusco en la vida del paciente, por lo que, resulta importante no sólo que el profesional de enfermería sea clínico, científico y académico, sino una persona humanitaria y moral. Pese a ello, aún existe una falta de información en los estudiantes de pregrado, quienes necesitan una enseñanza adecuada para adquirir la capacidad de conocer al paciente, la familia y abogar por ellos¹⁰.

Por tales motivos, el desarrollo de la investigación se orientó bajo la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024?

La percepción que tienen las enfermeras acerca de los cuidados paliativos en una unidad crítica como cuidados intensivos demostró una gran preocupación por el confort durante los últimos días de vida. Esto refleja su comprensión de la importancia de asegurar la dignidad en el proceso de fallecimiento. Las enfermeras consideraron como fundamental la proximidad con la familia y los seres queridos durante la hospitalización, evidenciada por la extensión de las visitas a jornada completa, lo cual contribuyó a disminuir la fatiga y el dolor. Además, destacaron la importancia de una atención completa que abarque todas las dimensiones, incluida la espiritualidad, la cual se hace más evidente en los pacientes durante el proceso de crisis. Algunas enfermeras mencionaron la inclusión de la religión como un apoyo a los cuidados espirituales, lo que mostró un respeto por la fe durante la entrega de atención¹¹.

Asimismo, en Panamá el 86% aseguró que las enfermeras atienden de forma favorable a los pacientes, el 10% mencionó que la atención es desfavorable y el 4% se mostró indiferente ante algunas situaciones¹². Mientras que, en Brasil el 80% de familiares demostraron una satisfacción positiva en cuanto a las intervenciones desarrolladas por enfermería, por lo que, consideraron como centro fundamental a la persona humana y utilizaron herramientas como el efecto, tacto y la comunicación efectiva¹³. Por otra parte, en Perú el 71,70% mencionó que el cuidado humanizado en función de las necesidades fisiológicas es necesario, el 13,3% de pacientes percibió que los enfermeros no se comunican de forma óptima. Asimismo, el 40% expresó como desfavorable la calidad del cuidado en enfermería¹⁴. Los estudios aplicados en la región Lambayeque evidenciaron que usuarios de salud presentan una adecuada calidad de vida al encontrarse bajo la vigilancia de cuidados paliativos¹⁵.

Actualmente, el Gobierno del Perú estipula la Ley N°30846 que permitió crear el Plan Nacional de Cuidados Paliativos que subraya la importancia de las enfermedades oncológicas y no oncológicas; donde se convocó a las instituciones que pertenecen al sector público y sociedades científicas asociadas con el desarrollo de cuidados paliativos y las instituciones especializadas que formularon aportes en la elaboración del Plan¹⁶.

También, los cuidados paliativos son concebidos como un sistema de apoyo de la atención sanitaria, independientemente de los planes terapéuticos, y se adaptan según la necesidad del individuo y personas cercanas a él, mejoran el bienestar de los enfermos terminales y se centran en aspectos físicos como aliviar el dolor o síntomas psicosociales, emocionales o espirituales relacionados con la enfermedad¹⁷. Por esta razón, el profesional de enfermería

debe garantizar un buen cuidado en los pacientes, dado que, la calidad percibida por el paciente y familiares se asocian con las actitudes y los conocimientos del profesional, y al existir una deficiencia de ellos conlleva a disminuir y afectar de forma directa el proceso del paciente y sus familiares que se refleja en los resultados de los cuidados que al ser paliativos requieren de atenciones mucho más individualizadas y especializadas¹⁸.

Por lo tanto, la inclusión de los cuidados paliativos como componente crucial del tratamiento facilita la entrega de una atención enfocada en el paciente y su familia. Esto resulta en una mejoría en la calidad de vida, una reducción de los costos, la anticipación, prevención y manejo del dolor, así como en el tratamiento sincero y competente de las necesidades emocionales, físicas, sociales, intelectuales y espirituales de los pacientes. De este modo, la colaboración en equipo emerge como un componente fundamental para el desarrollo de estos cuidados, requiriendo una formación específica en cuidados paliativos para poder comunicar noticias difíciles, ofrecer apoyo emocional, aliviar síntomas complejos, y cumplir con otros objetivos de los cuidados paliativos; siendo la enfermería la base fundamental para liderar y proveer cuidados paliativos en los últimos días, basándose en sus valores inherentes como disciplina: el respeto a la vida, la dignidad, la compasión y los derechos humanos¹⁹.

En consecuencia, se optó por ejecutar este estudio sobre la percepción del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas con el fin de aportar mayor conocimiento sobre los cuidados paliativos, comprender el enfoque del personal de salud en formación y entender sus repercusiones en la persona y familia. Asimismo, la investigación servirá como una fuente de referencia para otros estudios que indaguen sobre la percepción en enfermeras intensivistas, lo cual permitirá ampliar la noción de los cuidados paliativos desde el posgrado. Por lo tanto, se estableció como objetivo general identificar, describir y analizar las percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024.

Revisión de literatura

A nivel internacional, Souza¹¹ publicó en 2022 un artículo científico en Brasil realizado en 14 enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos Inmunológica de un hospital privado, en el cual se concluyó que las intervenciones de las enfermeras estuvieron relacionadas con la comodidad del paciente, enfocándose en aspectos físicos como la reducción del sufrimiento y el dolor, evitando el estrés en el paciente para disminuir los niveles de glucemia. También

destacaron la importancia de brindar apoyo psicológico y emocional para que el paciente se sienta cómodo permitiéndole sentirse tranquilo y evitando exámenes innecesarios que pudieran causar sufrimiento. Por lo tanto, la mitigación o eliminación del dolor fue un elemento relevante en el cuidado paliativo, lo que resultó en una reducción en la cantidad de procedimientos invasivos.

En el 2018 Fhon²⁰ reveló en un artículo científico que se realizó en Lima y fue aplicado en 5 enfermeras del área de cuidados paliativos, encontró que la percepción del enfermero busca optimizar el bienestar ante el malestar y mitigar el dolor del ser querido, tratar la agonía y sintomatología del paciente, cambiar de posición por la sensibilidad originada debido a las radioterapias, brindar apoyo espiritual junto con un padre que visita el servicio y brindar orientaciones considerando que ninguna palabra fue consuelo para un momento difícil. También, señalaron que la jornada laboral modifica la mentalidad y el comportamiento de los enfermeros y existe la necesidad de capacitarse y abordar los cuidados paliativos en el plan de estudio de enfermería.

Entretanto, Pinedo-Torres²¹ realizó en el 2021 un artículo científico que se llevó a cabo en un hospital categoría III-1 ubicado en el Callao en Perú. En consecuencia, se encontró que el 71,5% de los pacientes presentaron necesidades de cuidados paliativos. De ellos, 111 pacientes experimentaron síntomas persistentes a pesar de recibir el tratamiento, 102 redujeron la ingesta de alimentos, 65 tuvieron problemas para comer, 36 sufrieron incontinencia urinaria y/o fecal, y 39 enfrentaron dificultades para expresarse o hablar. Según la opinión de los enfermeros, indicaron que la disminución de la capacidad funcional está vinculada con la edad, el estilo de vida del paciente y el respaldo familiar que recibe. Además, la persistencia de síntomas como la incontinencia urinaria, falta de apetito y dificultades para caminar no estaban asociadas con la implementación de cuidados paliativos, sino con la progresión natural de la enfermedad.

En cambio, Gutiérrez²² ejecutó en el 2021 un estudio investigado en Chiclayo y aplicado en 303 pacientes de un hospital categoría II-2. De esta forma, se encontró que los cuidados de enfermería no siempre son percibidos debido a la escasez de personal, pocas posibilidades de vigilancia, trato cálido y relación enfermera-paciente. Adicionalmente, las características de enfermería como el entendimiento científico, principios bioéticos, habilidades y capacidades proporcionan seguridad y confianza al paciente, permitió que el profesional promueva el

bienestar de la persona, reconociéndose como un individuo único en términos de valores, necesidades y creencias. En consecuencia, la enfermera debe tener la capacidad de desenvolverse en su trabajo de manera que pueda transmitir confianza, seguridad y serenidad, además de brindar el apoyo emocional necesario a cada paciente.

En función del objeto y sujeto de estudio y en base al objetivo propuesto, se conceptualizó algunos de ellos: Percepciones, cuidado paliativo, enfermeras intensivistas, así, se brindó un respaldo teórico oportuno para el estudio.

De acuerdo con Briceño²³ la percepción es la capacidad de captar, dar sentido y procesar de forma activa la información que reciben los sentidos, por lo tanto, consiste en un proceso cognitivo que mejora la interpretación y análisis del entorno a través de la captación de estímulos que se realiza por medio de órganos sensoriales. También, es concebida como el mecanismo individual realizado por los seres humanos basado en acciones como recibir, interpretar y comprender las señales captadas desde la parte exterior, luego, se codifican a partir de la actividad sensitiva. Igualmente, la percepción es una serie de datos que recibe el cuerpo a modo de información bruta, posteriormente, podrá adquirir un significado después de atravesar un proceso cognitivo que forma parte de la propia percepción.

Por su parte, Sánchez-Márquez²⁴ afirmó que la percepción es un proceso inicial de detección y codificación de la energía que se encuentra en el medio ambiente, es un proceso psicológico que implica las relaciones, el significado, el juicio, el contexto, la memoria y las experiencias pasadas. Asimismo, se refiere a la forma de organizar, integrar, reconocer e interpretar los datos que provienen del exterior, por lo tanto, inicia su camino partiendo del momento en que cada nervio capta la información, por lo que, se presenta a nivel cerebral según el área que corresponda. Por otro lado, Salcedo²⁵ publicó que la percepción se presenta por la interacción de tres procesos o elementos como el sensorial, simbólico y afectivo. En ese sentido, la persona selecciona los sentidos más intensos, de modo que, se resalta según la atención de la persona que tiene la capacidad de captar alguna realidad e ignorar otras.

Conforme a la definición de la OMS², los cuidados paliativos representan una atención completa dirigida a adultos y niños que enfrentan desafíos vinculados a enfermedades de alta mortalidad. Esta atención involucra la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación precoz, evaluación oportuna y tratamiento de problemas físicos, psicológicos y

espirituales, incluyendo el control del dolor. Además, estos cuidados promueven la calidad de vida, la dignidad y el manejo de enfermedades progresivas, fundamentados en evidencia científica. De manera similar, Radbruch²⁶ describió los cuidados paliativos como la atención activa y holística brindada a personas de todas las edades que sufren angustia grave relacionada con la salud y derivadas de enfermedades graves.

En este contexto, se resaltan 9 principios esenciales de los cuidados paliativos, que abarcan afirmar la vida y ver la muerte como un proceso natural, evitar prolongar o adelantar la muerte, brindar alivio del dolor y otros síntomas difíciles, incorporar los aspectos psicológicos y espirituales para asegurar una atención completa que honre las creencias y la cultura del paciente, ayudar al paciente a vivir de manera activa hasta el final de sus días, respaldar a la familia en su propio proceso de duelo y en el cuidado de su ser querido, mejorar la calidad de vida durante la enfermedad, ofrecer cuidados especializados en colaboración con un equipo multidisciplinario para abordar situaciones complejas y brindar tratamientos o terapias complementarias para aliviar los síntomas y prevenir complicaciones²⁷.

Desde otra perspectiva, la identificación oportuna de los síntomas es una estrategia importante para realizar un abordaje adecuado en las condiciones que limitan la vida de los pacientes adultos y pediátricos. Un síntoma es un dato subjetivo de enfermedad o cualquier fenómeno anormal sensitivo o funcional, percibido por la persona, por lo que, en pacientes que necesitan cuidados paliativos es posible encontrar síntomas concurrentes relacionados entre sí. En el aparato respiratorio se presenta la disnea, tos, broncorrea; en el sistema gastrointestinal se encuentra el estreñimiento, xerostomía, mucositis, diarrea, náuseas, vómito, anorexia, disfagia, hipo, sialorrea, obstrucción intestinal; en el sistema urinario se presenta retención urinaria, incontinencia y tenesmo urinario; en el sistema tegumentario existe prurito, fístulas, úlceras, linfedema; entre los síntomas psicológicos se encuentra depresión, ansiedad, confusión, insomnio, delirio, convulsiones; en los síntomas espirituales el distrés espiritual, angustia, sufrimiento y otros síntomas como el dolor, astenia, fatiga, fiebre, hemorragia, ascitis, caquexia y ojos secos²⁸.

Por consiguiente, la National Institute of Nursing Research (NIH)²⁹ indicó que los cuidados paliativos ofrecen beneficios, entre ellos, brindar apoyo al paciente y la familia, asigna un tratamiento especializado para reducir el dolor y síntomas asociados, dialogar sobre opciones terapéuticas que incluyan el tratamiento y control de la patología, coordina la

atención con los proveedores de atención médica, asegura que la atención se centre en los deseos del paciente, disminuye el estrés, incrementar la confianza para la toma de decisiones, satisface el ámbito espiritual y emocional de los pacientes y familiares. También, brinda comodidad y fija metas a futuro para llevar una vida placentera y provechosa mientras que la persona recibe su tratamiento para la enfermedad.

Tradicionalmente y de manera arbitraria, se clasificaron los diferentes tipos de limitación de tratamientos de soporte vital en cuatro categorías principales: la decisión de no admitir a un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la elección de no iniciar ciertos tratamientos, la determinación de no intensificar tratamientos existentes y la retirada de tratamientos previamente administrados. El tipo más común de limitación de tratamientos de soporte vital es la decisión de no iniciar tratamientos, siendo la no reanimación cardiopulmonar la opción más frecuentemente elegida. Le sigue en frecuencia la decisión de no iniciar tratamientos, especialmente aquellos de naturaleza invasiva, mientras que la retirada de tratamientos es la opción menos común²⁵.

Por otro lado, Gómez³⁰, reveló que los profesionales de enfermería en unidades de cuidados intensivos trabajan en la atención integral proporcionada en los centros de salud. Esta disciplina o área de especialización se orienta a los cuidados críticos, por lo que, la enfermera ofrece ayuda de calidad y específica a los pacientes que necesitan intervenciones, terapias intensivas, vigilancia continua y cuidados complejos. En consecuencia, el enfermero que trabaja en UCI requiere unir la parte teórica con el discernimiento, habilidad, madurez, iniciativa y estabilidad emocional, además, debe contar con conocimiento técnico científico, humanización, dominio de la tecnología calidad e individualización del cuidado. Asimismo, posee características, debe ser un profesional preocupado e interesado por el paciente, un cuidador éticamente responsable, competente y capaz de analizar los cuidados más oportunos. Igualmente, debe realizar un sinnúmero de actividades desde su ingreso a la UCI, entre ellas, acondicionar la unidad del paciente, colocar colchones para prevenir las lesiones por presión, realizar la monitorización hemodinámica, utilizar los desfibriladores y ventiladores según los parámetros establecidos, administrar y vigilar medicamentos, aplicar un control estricto de líquido, realizar fisioterapia respiratoria, aspiración de secreciones, curaciones, vigilancia de drenajes y anotar en los registros correspondientes.

Contar con profesionales capacitados en cuidados paliativos no solo mejora las acciones de enfermería basadas en el conocimiento científico, sino que también asegura el bienestar, la calidad, el alivio del dolor y la confianza, satisfaciendo las necesidades espirituales, físicas y emocionales de los pacientes y sus familias durante el proceso de la enfermedad y el duelo³¹. En consecuencia, cuando la preparación del profesional no sólo se fundamenta en razones teórico-práctico sino también humana y junto a un enfoque de conceptos culturales, psicológicos y socio-humanísticos logran satisfacer las necesidades en el área paliativa³².

Además, la enfermera intensivista debe poseer actitudes relacionadas con factores internos, como las metas personales, los valores, el grado de satisfacción y los planes de carrera, así como factores externos, como el clima organizacional y la situación económica laboral. Por lo que, socialmente la enfermería es una profesión humana y vocacional donde la esencia es el cuidado de la salud y requiere de actitudes que feliciten la ayuda, así, el enfermero representa un instrumento terapéutico que acompaña, facilita y amplía los recursos internos de la persona. Por lo que, la enfermera deberá ser crítica, analítica, observadora y hábil en la toma de decisiones que aseguren lograr con éxito su objetivo en forma segura y confiable. Sumado a ello, la enfermera intensivista debe poseer valores como la sensibilidad que se evidencia en la atención, interés, respeto, consideración, comprensión y afecto por la otra persona, igualmente, implica eliminar desigualdades y fomentar las condiciones que hacen vivir bien y con calidad. Incluso, debe contar la cualidad de ser afectuosa, altruista, empática, tolerante, capaz de enfrentar el estrés y hábil al establecer nuevas relaciones³².

Existen elementos bioéticos en cuidados paliativos que permiten considerar al ser humano como una realidad poseedora de una excelencia ontológica individual, entre los principios de la atención paliativa se encuentra la calidad de vida, considerar a la persona como un todo con sus factores sociales, emocionales, físicos, psicológicos y religiosos, cubrir las necesidades tanto del paciente como de la familia, brindar confort y soporte, fomentar la autonomía personal al respetar los derechos del paciente sobre su capacidad de tomar decisiones y elegir, brindar cuidados continuos hasta finalizar el proceso y ofrecer el servicio asistencial las 24 horas del día. Además, se promueve el principio de defensa de la vida el cual es un bien primordial donde se desprende que el derecho a la vida fundamenta la existencia de otros derechos del hombre, el principio de libertad y responsabilidad que debe ser respetada por los que forman parte de la relación clínica, el principio de sociabilidad y subsidiaridad que es una característica constitutiva del ser humano, por lo que, se debe buscar el bien común³³.

Materiales y métodos

El estudio se ejecutó bajo la metodología cualitativa³⁴ porque el interés del investigador se fundamentó en profundizar e interpretar el fenómeno de estudio desde la práctica de las enfermeras en su contexto clínico habitual.

Se utilizó un abordaje metodológico de tipo descriptivo³⁵ porque se buscó entender el cuidado paliativo desde las percepciones de las enfermeras con especialidad y/o estudios en cuidados intensivos, quienes desde una profesión humanística brindan la atención necesaria considerando al paciente como un todo, además, al demostrar un buen trato al paciente favorece su soporte emocional que le permite realizar un trabajo disciplinar más efectivo e incrementa la toma de decisiones.

La población estuvo integrada por 55 enfermeras que forman parte de los profesionales que laboran en el departamento de emergencia y áreas críticas del Hospital Las Mercedes. Esta información fue proporcionada por el jefe del departamento de emergencia y áreas críticas, además, fue constatado por el cuadro de roles programados para el mes de septiembre de 2023, proporcionado por la asesora.

En cuanto a los criterios de selección se incluyeron a las enfermeras que trabajan o trabajaron en el departamento de emergencia y áreas críticas del Hospital Las Mercedes, con estudios de segunda especialidad en cuidados intensivos y/o atención de paciente crítico enfermeras que tengan 2 años de experiencia y las enfermeras que aceptaron ser partícipes de la investigación. En cambio, se excluyeron del estudio las enfermeras entrevistadas durante la prueba piloto, las enfermeras que ejercen cargos gerenciales o administrativos y las enfermeras que se encuentren realizando pasantías.

La muestra fue de 12 enfermeras del departamento de emergencia y áreas críticas. Por otra parte, se aplicó un muestreo de conveniencia³⁶ porque se solicitó la participación de forma voluntaria de las enfermeras y se realizó una selección convincente de algunas licenciadas para obtener respuestas precisas y datos relevantes sobre el tema. El tamaño se estableció según criterios de saturación y redundancia³⁷ por lo que, se consideró que la información recopilada alcance un límite determinado y los datos fueran repetitivos y redundantes.

El escenario donde se realizó el estudio fue el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” (HRDLM) ubicado en la región nororiental, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque. Este nosocomio cuenta con un ingreso principal por la Av. Luis Gonzáles y el ingreso a emergencia es por la Av. Miguel Grau. Es un nosocomio de categoría II-2 que tiene unidades prestadoras de salud como hospitalización, emergencia, centro obstétrico, centro quirúrgico, unidad de cuidados intensivos, patología clínica, medicina de rehabilitación, centro de hemoterapia y banco de sangre, gestión de docencia e investigación. El mercado de la salud que cubre esta institución predominantemente corresponde al sector urbano de la región Lambayeque y en menor porcentaje al área rural, aunque también acuden pacientes de las regiones vecinas. A través del Seguro SIS se está mejorando el sistema de referencias y contrarreferencias³⁸.

Sin embargo, esta investigación se concentró en el departamento de emergencia y áreas críticas el cual está conformado por el servicio de emergencia y la unidad de cuidados intensivos. El servicio de emergencia está conformado por tópicos de medicina, cirugía, pediatría, traumatología y ginecología, así como las áreas de observación diferenciadas para pacientes hombres y mujeres, estos servicios brindan atención en caso de urgencias y emergencia por médicos especialistas y enfermeras con especialidad en uci y emergencias y desastres, durante el año 2022 se atendieron un promedio de 20,092 pacientes. El servicio de Cuidados Intensivos es la unidad orgánica del HRDLM que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva al paciente críticamente enfermo. Es una unidad técnica operativa integrada por profesionales especializados en Medicina Intensiva, enfermeras especialistas y técnicos capacitados que tienen a su cargo el cuidado y manejo del paciente crítico. La UCI del HRDLM corresponde al tipo denominado polivalente, en ella se atiende a pacientes desde la etapa de vida lactante hasta personas adultas mayores. Las causas más frecuentes de ingreso a este servicio son patologías como accidente cerebrovascular, bronconeumonía, insuficiencia respiratoria y shock. Las edades de mayor prevalencia se encuentran de 18 a 90 años según registro estadístico del servicio³⁸.

Tabla N°01: Características de las enfermeras intensivistas del departamento de emergencia y áreas críticas

Seudónimo	Sexo	Edad	Procedencia	Religión	Estado civil	Grado académico	Especialidad	Años de experiencia laboral como enfermera	Años de experiencia laboral en UCI	Condición laboral
Asistencia	Femenino	35 años	Chiclayo	Católica	Soltera	Licenciada en enfermería	Cuidados intensivos	11 años	8 años 8 meses	Nombrada
Calidad	Femenino	35 años	Chiclayo	Católica	Soltera	Licenciada en enfermería	Cuidados intensivos y sala de operaciones	9 años	2 años	Contratada
Adaptación	Femenino	38 años	Chiclayo	Católica	Soltera	Licenciada en enfermería	Cuidados intensivos	15 años	10 años	Nombrada
Atención	Femenino	62 años	Chiclayo	Católica	Casada	Doctora en enfermería	Cuidados intensivos	30 años	20 años	Nombrada
Empatía	Femenino	68 años	Ferreñafe	Católica	Soltera	Magíster en enfermería	Emergencias y desastres	40 años	15 años	Nombrada
Compasión	Femenino	61 años	Chiclayo	Católica	Casada	Magíster en enfermería	Cuidados intensivos	30 años	24 años	Nombrada
Amparo	Femenino	30 años	Chiclayo	Evangélica	Soltera	Magíster en enfermería	Cuidados intensivos	13 años	10 años	Nombrada
Seguridad	Femenino	57 años	Cajamarca	Católica	Viuda	Magíster en enfermería	Cuidados intensivos	20 años	15 años	Nombrada
Comprensión	Femenino	42 años	Chiclayo	Católica	Casada	Licenciada en enfermería	Cuidados intensivos	9 años	2 años	Nombrada
Predisposición	Femenino	60 años	Chiclayo	Católica	Casada	Licenciada en enfermería	Cuidados intensivos	25 años	20 años	Nombrada
Adecuación	Femenino	38 años	Chiclayo	Católica	Casada	Magíster en enfermería	Cuidados intensivos	15 años	11 años	Nombrada
Autonomía	Femenino	60 años	Chiclayo	Católica	Divorciada	Magíster en enfermería	Cuidados intensivos y emergencias y desastres	38 años	20 años	Nombrada

Fuente: Elaboración propia

Para iniciar la recolección de datos se aplicó la técnica conversacional y el instrumento fue la entrevista semiestructurada que permitió implementar preguntas en base a los antecedentes y marco teórico. Además, esta técnica ayudó a los profesionales de enfermería que laboran en el departamento de emergencia y áreas críticas a sentirse libres, tranquilos y cómodos al contar sus percepciones sobre el cuidado paliativo, de esta forma, se recopiló información relevante que permita descubrir el significado de cada sujeto de estudio.

La entrevista se realizó mediante la modalidad presencial, se ejecutaron visitas al lugar del escenario con una previa coordinación para determinar un lugar libre de ruidos, con buena iluminación y tranquilo. De forma previa, se explicó el propósito del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado (ver anexo n° 01), las entrevistas se almacenaron en la computadora por un lapso de dos años, con la finalidad de permitir futuras auditorías del jurado evaluador, al mismo tiempo, se cumplió con el criterio de credibilidad y auditabilidad³⁹.

El instrumento fue formulado por la investigadora, quien consideró las bases teóricas para caracterizar a los sujetos de investigación, por ende, se consideraron datos generales como: Seudónimo, sexo, edad, procedencia, religión, estado civil, grado académico, especialidad, años de experiencia laboral como enfermera y años de experiencia laboral en el departamento de emergencia y áreas críticas (UCI, Emergencia); a quienes se les aplicó la entrevista semi estructurada que consta de 8 preguntas, lo cual permitió develar el objeto de estudio concerniente a las percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras con estudios de especialidad en cuidados intensivos (ver anexo n° 02). Además, el instrumento fue evaluado y validado por juicio de expertos (ver anexo n° 03).

Por consiguiente, se realizó una prueba piloto⁴⁰ en 2 enfermeras intensivistas con el fin de asegurarse que las preguntas son comprensibles y responden al objeto de estudio, según los resultados obtenidos se evaluó la posibilidad de cambiar las preguntas, sin embargo, no se evidenciaron dificultades en su comprensión. Además, las enfermeras del departamento de emergencia y áreas críticas del estudio piloto no conformaron la muestra final del estudio.

La investigación fue consignada en el Sistema de Gestión de Investigación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, igualmente, se observó y corrigió por

parte de las asesoras de la asignatura de investigación y por un evaluador par, al considerar estos componentes se cumplió con el criterio de fiabilidad³⁹, dado que, se consideró la experticia y sugerencias de otros investigadores como también se buscó que los resultados muestren una imagen clara, completa y representativa de la realidad estudiada.

Consecutivamente, el estudio se presentó a un jurado de la Escuela de Enfermería USAT quienes lograron evaluar, opinar, sugerir y comentar su opinión acerca del estudio en base a una lista de cotejo elaborado por las docentes de la asignatura de investigación (ver anexo n° 04), de esta manera, el estudio buscó las mejoras necesarias para un mejor entendimiento del lector. Luego, se adquirió el acta de sustentación (ver anexo n° 05), posterior a ello, el estudio se envió al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, para su respectiva evaluación, en consecuencia, se obtuvo su aprobación con la resolución N° 100-2024-USAT-FMED (ver anexo n° 06), emitida el 4 de marzo del 2024.

Por consiguiente, se redactó y envió una solicitud a la unidad de capacitación del Hospital Las Mercedes Chiclayo para obtener la aprobación del estudio y realizar las entrevistas, al obtener la aprobación del estudio (ver anexo n° 07) se contactó con el enfermero jefe para obtener el acceso a las enfermeras que trabajan en el departamento de emergencia y áreas críticas, específicamente, aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión, después, se inició la recolección de los datos mediante el desarrollo de entrevistas presenciales, estos datos servirán para que el estudio sea considerado como un referente en otros escenarios donde los sujetos de investigación tengan características similares, de esta forma se cumplió con el criterio de transferibilidad³⁹.

La recolección de datos inició el mes de abril del presente año donde se logró entrevistar a 3 enfermeras. Para acceder a ellas primero se coordinó con la asesora para coordinar el turno en el cual se encontraba laborando con la finalidad de tener un acceso seguro a las licenciadas, el tiempo aproximado de cada entrevista fue de 15 minutos. Las dificultades durante el primer día fueron la sobrecarga de trabajo en los profesionales de enfermería, el ruido del servicio que no permitía invitar a las enfermeras a que participen y la premura del tiempo por terminar los procedimientos rápido para participar en el estudio, previo a las entrevistas, se coordinó con los sujetos de estudio día y hora para la recolección de datos. Para recopilar los datos se utilizaron hojas de papel bond, el consentimiento informado, la entrevista semiestructurada, un grabador de voz mp3, lapicero de tinta azul pilot, una lista de cotejo y un folder.

Al mismo tiempo, se registraron los datos brindados por las enfermeras mediante un grabador de voz mp3, teniendo en cuenta que se respetó la privacidad y confidencialidad de las participantes, en consecuencia, se cumplió el criterio de credibilidad³⁹. Al terminar con la entrevista se transcribieron los datos recopilados en un formato de Microsoft Word con la finalidad de procesar los datos según el objetivo de la investigación. A continuación, se realizó la verificación de cada participante, la cual consistió en enviar la información a través de WhatsApp la información que brindó la enfermera, de esta forma, tuvo la oportunidad de leer aquello que mencionó durante la entrevista para constatar si los datos obtenidos eran los mismos que deseó expresar, de lo contrario, se realizarían las modificaciones necesarias, por lo tanto, se evidenció el cumplimiento del criterio de confirmabilidad³⁹ ya que se obtuvo información verídica originada de los datos recopilados.

Al finalizar el procesamiento de los datos cualitativos se almacenarán los datos por un periodo de 2 años, debido a futuras auditorías que pueda realizar el jurado evaluador y para corroborar que la información sea verídica. Después de pasar ese tiempo, los datos serán eliminados, así se cumplió con el criterio de consistencia o dependencia³⁹ que permitió proteger y salvaguardar la identificación de las enfermeras.

La información recopilada fue sometida a un análisis de contenido temático³⁵. Este enfoque permitió llevar a cabo una evaluación de los resultados obtenidos del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas o con estudios de segunda especialidad en cuidados intensivos que laboran en el departamento de emergencia y áreas críticas del Hospital Las Mercedes Chiclayo. Para lograrlo, los hallazgos se procesaron en tres etapas: pre análisis, codificación y categorización (ver anexo n° 08).

En la fase inicial, conocida como preanálisis, la investigadora asumió la responsabilidad de explorar, identificar y organizar la información recopilada a partir de las entrevistas realizadas a las enfermeras intensivistas o con estudios de segunda especialidad en cuidados intensivos que laboran en el departamento de emergencia y áreas críticas del Hospital Las Mercedes. En este sentido, se realizó una revisión minuciosa y relevante de los datos, además se examinaron detenidamente las grabaciones de audio, por lo que, se repitió este proceso cuantas veces fue necesario para lograr una comprensión completa de la información recabada.

En la segunda etapa, conocida como codificación, se ejecutó la clasificación sistemática de los datos obtenidos de las enfermeras intensivistas o con estudios de segunda especialidad en cuidados intensivos que laboran en el departamento de emergencia y áreas críticas. Esto implicó la transformación de los discursos, frases y expresiones proporcionadas por los participantes en información relevante y útil, de esta forma, se logró obtener 21 códigos. En la última etapa, la categorización, se procedió a agrupar y distribuir los seudónimos en categorías que se alinearon con los criterios temáticos preestablecidos.

En esta investigación se aplicaron los principios éticos del personalismo según lo establecido por Sgreccia⁴¹. Por ende, se brindó especial atención al principio del valor fundamental de la vida, ya que la participación de las intensivistas o con estudios de segunda especialidad en cuidados intensivos que laboran en el departamento de emergencia y áreas críticas no implicó riesgos para ellas. Además, se garantizó la privacidad de los sujetos de estudio durante la recopilación de datos en las entrevistas, mediante la asignación de seudónimos a cada sujeto de estudio. Este proceso se llevó a cabo para resguardar la confidencialidad³⁹ de los hallazgos recopilados y proporcionar mayor seguridad a los participantes.

También, se preservó el principio de libertad y responsabilidad a través de la aplicación del consentimiento informado. Se proporcionaron detalles esenciales, incluyendo el nombre de la universidad, el nombre de la investigadora, el título del estudio, el objetivo de la investigación y los procedimientos previstos. De esta manera, se garantizó la participación voluntaria y autónoma de los participantes que se registraron mediante la firma del consentimiento informado. Cabe destacar que el estudio no generó beneficios directos para los participantes y no se presentaron riesgos en el transcurso de la investigación.

Además, se aseguró la aplicación de los principios de sociabilidad y subsidiariedad³⁹. Esto implicó la participación activa en la investigación de las enfermeras intensivistas o con estudios de segunda especialidad en cuidados intensivos que laboran en el departamento de emergencia y áreas críticas, con el propósito de contribuir al bienestar común de sus semejantes, lo que generó un compromiso de considerar la vida como un bien social compartido. Además, se tuvo en cuenta el principio de subsidiariedad, que buscó brindar un trato digno y atención de alta calidad a los pacientes que lo necesitan, al mismo tiempo fomentó la libre iniciativa de la comunidad en el cuidado de la salud. Asimismo, se destacó la

originalidad de la investigación y el respeto a la autoridad de las fuentes consultadas mediante el empleo de un Software antiplagio, lo cual arrojó un índice de similitud del 13% en Turnitin.

Resultados y discusión

Luego de haber procesado los datos se obtuvo las siguientes categorías y subcategorías

Categoría I: El cuidado paliativo involucra el alivio del dolor y sufrimiento del paciente

Subcategoría 1.1.- Alivio del dolor mediante el uso de sedantes y analgésicos

Categoría II: Respeto por la vida y dignidad humana en los cuidados paliativos

Subcategoría 2.1.- Considerar al paciente como un ser humano

Subcategoría 2.2.- El cuidado paliativo percibido como un cuidado humanizado

Subcategoría 2.3.- Aplicación de los principios éticos en cuidados intensivos

Categoría III: Identificación precoz de las necesidades de los pacientes en cuidados paliativos

Subcategoría 3.1.- Ofrecer bienestar, comodidad y confort al paciente mediante la higiene y cambios posturales

Subcategoría 3.2.- Considerar las necesidades espirituales y psicosociales

Categoría IV: La familia pilar básico para brindar cuidados paliativos

Categoría V: Limitación para llevar a cabo los cuidados paliativos falta de normativas, insumos e infraestructura para proporcionar el cuidado

A continuación, se describen las categorías:

Categoría I: El cuidado paliativo involucra el alivio del dolor y sufrimiento del paciente

El cuidado paliativo comprende intervenciones tempranas que promueven el confort del paciente, fundamentadas en una evaluación rigurosa e individualizada que se enfoca en medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas para el alivio del dolor y otros problemas asociados. El alivio o la ausencia de dolor es el aspecto más importante en la

atención paliativa, por consiguiente, la enfermera que monitorea a los pacientes en la UCI debe, utilizando las escalas de clasificación del dolor, identificar cuándo las medidas farmacológicas no son efectivas y aplicar intervenciones no farmacológicas para aliviar el dolor. Por esta razón, es importante entender que la gestión del dolor es una de las maneras de promover el bienestar del paciente, y la atención multidimensional es esencial para lograr una atención integral⁴².

Subcategoría 1.1.- Alivio del dolor mediante el uso de sedantes y analgésicos

El dolor puede manifestarse a través de cambios de comportamiento como irritabilidad o agresión. Para detectar el dolor y monitorear las respuestas a las intervenciones, se recomiendan herramientas basadas en la observación. Un enfoque centrado en el paciente que incluya una evaluación, tratamiento y revisión sistemáticos y exhaustivos puede aliviar el dolor en la mayoría de los casos. El manejo farmacológico debe estructurarse según la escalera analgésica y acompañarse de una orientación clara. Se pone especial atención en el uso seguro y efectivo de opioides potentes, atendiendo las necesidades de información del paciente y la gestión de efectos secundarios. Además, se dispone de una variedad de medicamentos adyuvantes, técnicas intervencionistas e intervenciones no farmacológicas¹¹.

Las percepciones de las enfermeras intensivistas sobre el cuidado paliativo se centran en un enfoque multidimensional que aborda el dolor en sus dimensiones física, emocional y espiritual. Además, destacan la importancia de una evaluación rigurosa y continua, utilizando el monitoreo de signos vitales y cambios fisiológicos para detectar y tratar el dolor de manera oportuna. También, enfatizan la implementación de medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas, siguiendo siempre las indicaciones médicas para evitar el sufrimiento del paciente. Sumado a ello, mencionan que es relevante proporcionar un confort integral que mejore la calidad de vida del paciente, incluyendo la sedoanalgesia para minimizar el malestar durante estancias hospitalarias prolongadas, y la orientación para el manejo del dolor en casa, reconociendo que el dolor puede tener raíces tanto físicas como emocionales.

“...El cuidado paliativo se centra en aliviar el dolor en sus dimensiones física, emocional y espiritual. ... para reducir el dolor físico y emocional, se utiliza analgésicos y sedantes respectivos ...SE proporciona un cuidado integral que aborde todas las necesidades del paciente“...así mismo el uso común de sedantes como la ketamina y la morfina ..., actúa como sedante y anestésico, útil en dolor agudo. ...” M01.

“...También es importante conocer si está experimentando dolor y brindar alivio en consecuencia...” M02.

“...Puedo ofrecer cuidados paliativos para aliviar el dolor y tratar úlceras por presión, proporcionando confort integral...” M05.

“...Los cuidados paliativos buscan evitar el sufrimiento y el dolor del paciente. En nuestra práctica, seguimos las indicaciones del médico intensivista y no omitimos ningún tratamiento prescrito...” M04.

“...Frecuentemente, detectamos la presencia de dolor mediante la monitorización de signos vitales y cambios fisiológicos...por ello ofrecemos cuidados farmacológicos y no farmacológicos, como analgesia para el alivio del dolor, siguiendo indicaciones médicas para garantizar el bienestar integral del paciente...” M06.

“...Mayormente, los cuidados paliativos para pacientes en fase terminal se enfocan en analgésicos y sedantes y control del dolor, mejorando su calidad de vida. También se brinda orientación para el manejo del dolor en casa...” M07.

“...Los cuidados que proporcionamos como enfermeras a los pacientes que requieren cuidados paliativos se centran principalmente en el alivio del dolor... se emplea la sedoanalgesia...Por ejemplo, en la UCI, donde los pacientes están críticamente enfermos y sedados...se continua con él monitoreo de parámetros ventilatorios y control hemodinámico...” M08.

“...En esta unidad, y se administran inotrópicos, lo que justifica la diferencia en el tipo de cuidado que se brinda...” M09

“...Como mencioné, es importante aliviar el dolor del paciente y hacer todo lo posible por minimizar su malestar... se mantienen los analgésicos hasta el final de la vida del paciente, incluso en casos terminales, priorizando el confort con menos sedación, pero garantizando el alivio del dolor...” M10.

“...En cuidados paliativos, comúnmente para pacientes con cáncer, se emplean sedantes como midazolam y fentanilo, y analgésicos como morfina y tramadol, notándose una disminución del dolor con la progresión de la enfermedad...” M11.

“...Es importante para el personal de enfermería reconocer que el dolor puede tener raíces tanto físicas como emocionales...” M13.

La sedación paliativa busca aliviar el sufrimiento intratable de manera ética, sin que la disminución del nivel de conciencia sea su único objetivo. La práctica de la sedación paliativa revela una necesidad de proporcionalidad con respecto a la intensidad de los síntomas. El

midazolam es el sedante principal y otros medicamentos que incluyen el fenobarbital, prometazina y Propofol como anestésico. Además, al evaluar el nivel de malestar del paciente como resultado de la sedación paliativa se obtiene una reducción del malestar en el paciente⁴³.

Las enfermeras intensivistas de un hospital público en Chiclayo perciben el cuidado paliativo como una atención integral que utiliza tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas para el alivio del dolor y el bienestar del paciente. Utilizan la analgesia para el control del dolor continuo incluso en fases terminales. Estos profesionales destacan la importancia de seguir las indicaciones médicas, mantener analgésicos hasta el final de la vida y ajustar la sedoanalgesia para garantizar el confort del paciente. Además, su práctica incluye el monitoreo de parámetros ventilatorios y control hemodinámico, asegurando un cuidado completo y personalizado que aborda las necesidades específicas de cada paciente.

Categoría II: Respeto por la vida y dignidad humana en los cuidados paliativos

El equipo de salud es un factor esencial para el sentido de dignidad, tanto por la atención directa como indirecta brindada. En ese sentido, ser una persona correcta, mantener la autonomía, recibir atención y respeto aumenta el sentido de dignidad. Asimismo, la dignidad implica estar a la altura de los valores, principios, tener la libertad y autonomía para elegir un camino; significa ser tratado de manera no violenta, no humillante y respetuosa. Mantener la dignidad implica también apoyar la libertad del paciente para tomar decisiones sobre su propio cuidado, promoviendo un entorno de honestidad, respeto y empatía⁴⁴.

Subcategoría 2.1.- Considerar al paciente como un ser humano

El cuidado es un aspecto importante en la vida social y personal, esencial para la existencia humana. Este comportamiento refleja una actitud moral que fomenta el compromiso y la solidaridad, siendo un indicador de la salud y una oportunidad para mostrar nuestra humanidad. Surge de la dignidad inherente al ser humano y debe ser ofrecido principalmente por aquellos más cercanos, es decir, la familia del paciente, evidenciando así la solidaridad hacia quienes son vulnerables. En este contexto, los cuidados paliativos se presentan como la mejor manera de acompañar al enfermo en su proceso de morir, sin acelerar su partida. Por lo tanto, el derecho a la atención sanitaria debe abarcar el cuidado de la vida del paciente en sus etapas finales, garantizando un enfoque humanizado y estableciendo la medicina paliativa como una solución ética en situaciones terminales⁴⁴.

Los resultados revelan que la percepción de las enfermeras intensivistas sobre el cuidado paliativo es profundamente integral y humano, destacan la importancia de abordar no sólo el dolor físico, sino también las dimensiones emocional, social y espiritual del paciente. Las enfermeras enfatizan la necesidad de mantener la empatía de forma constante, respeto a la dignidad y confidencialidad del paciente, y un compromiso inquebrantable en tratarlos como seres completos hasta el final de sus vidas. Este enfoque holístico y biopsicosocial es fundamental para proporcionar un cuidado paliativo que sea verdaderamente compasivo y efectivo, centrado en el paciente y su bienestar total.

“...Aunque no lo manifiesten verbalmente, es importante reconocer que pueden sentir dolor, lo que lleva al cuidado paliativo a centrarse en abordar principalmente el dolor físico...” M01.

“...Como profesionales de la salud, entendemos que cada individuo es un ser completo con diversas dimensiones...” M05.

...el cuidado paliativo involucra el respeto a la vida es fundamental. Cada persona debe ser tratada como un ser digno y tener derecho a que se le respete...” M06.

“...los cuidados paliativos nos permiten reconocer que el paciente es el centro de nuestra atención y debemos estar presentes y comprometidos con ellos en todo momento, tratándolos con respeto y empatía... No solo nos enfocamos en calmar el dolor del paciente, sino que lo consideramos en su totalidad” M08.

“...también es importante respetar el secreto profesional...” M09.

“...es importante tratar a cada paciente como un ser humano completo hasta el final de su vida, abordándolo desde una perspectiva biopsicosocial...” M10.

“...En nuestra unidad, nos esforzamos por ser lo más humanos posible...” M11.

“...Por lo tanto, debemos cuidar integralmente la dimensión humana de la persona...” M13.

Subcategoría 2.2.- El cuidado paliativo percibido como un cuidado humanizado

En la práctica de enfermería, es relevante ofrecer un cuidado humanizado, especialmente para los pacientes en cuidados paliativos, quienes se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad y sufrimiento, junto a sus familias. Es fundamental que la intervención se dirija a la persona de manera integral, abarcando sus diversas dimensiones y priorizando sus necesidades. Asimismo, es vital mantener el respeto por la dignidad humana con el fin de mejorar su calidad de vida. Este tipo de atención se convierte en una necesidad apremiante en

el ámbito paliativo, debido al considerable deterioro físico y emocional de los pacientes, así como a la incertidumbre y falta de conocimiento que rodean su enfermedad y los procesos de atención médica⁴⁵.

Las percepciones de las enfermeras intensivistas sobre el cuidado paliativo enfatizan en la importancia de un trato cercano y reconfortante que alivia el sufrimiento de los pacientes y sus familias en momentos difíciles. Asimismo, reconocen que acciones como tocar al paciente, hablarle y escuchar activamente, junto con un enfoque en la dignidad y los derechos humanos, son esenciales para proporcionar una atención integral y humanizada. Además, entienden que mejorar la condición del paciente también alivia el estrés de sus familiares, y ven su rol como una oportunidad para brindar una muerte digna, atendiendo con empatía y respeto, como si el paciente fuera un miembro de su propia familia, hasta el último día de su vida.

“...Brindamos un trato humano y cercano al paciente, ...esto contribuye a aliviar el sufrimiento del paciente y su familia durante momentos difíciles, promoviendo un cuidado humanizado y reconfortante. Tocarle la mano, el rostro, hablarle es muy importante...” M02.

“...Es importante ser más humano en ese sentido, mostrando comprensión y compasión en todo momento...” M03.

“...El cuidado paliativo consiste en ayudar al paciente a tener una muerte digna, ya que llega un momento en el que la ciencia no puede ofrecer más. La enfermera debe enfocarse en brindar cuidado hasta el último día del paciente, independientemente de su gravedad. Un enfoque paliativo podría incluir acciones como hablarle al paciente, mencionar su nombre...” M04.

“...Otra acción importante es la escucha activa. En la UCI, aseguramos al paciente que estamos a su lado, comprendiendo y apoyando su difícil situación...” M05.

“...Se debe brindar cuidado y atención con respeto, preservando siempre su integridad, como si se tratara de uno mismo o de un ser querido...” M06.

“...Tener un paciente en la UCI genera estrés para los familiares, por lo que, al mejorar la condición del paciente, se reduce esta carga emocional para ellos...” M09.

“...La enfermera, tanto en cuidados intensivos como en otras áreas, debe centrarse en brindar a cada paciente una atención digna y oportuna, considerándolo como si fuera un miembro de nuestra propia familia...” M10.

“...Nuestra esencia como enfermeras se centra en el cuidado humano, especialmente porque atendemos a pacientes muy dependientes y en estado grave...” M12.

“...En la UCI es importante considerar la dignidad humana, el respeto a los derechos, la vida y el sufrimiento de las personas. Desarrollar estrategias paliativas para mejorar la calidad de vida y acompañar hasta que la muerte llegue, ya que eso es fundamental...” M13.

Subcategoría 2.3.- Aplicación de los principios éticos en cuidados intensivos

En este contexto, existen cuatro principios fundamentales de la ética médica, entre ellos, se encuentra la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. La beneficencia implica actuar en beneficio del paciente, mientras que la no maleficencia se centra en evitar daños. La autonomía otorga al paciente el derecho a tomar decisiones sobre su propio cuerpo, y la justicia se refiere a la distribución equitativa de recursos en la atención sanitaria. Estos principios guían la práctica médica moderna, promoviendo el consentimiento informado, la veracidad y la confidencialidad, al tiempo que equilibran las necesidades individuales con los valores sociales y culturales⁴⁶.

Las percepciones de las enfermeras intensivistas sobre el cuidado paliativo afirman que, en la práctica médica es fundamental el principio de no maleficencia, lo que implica evitar causar daño al paciente en la medida de lo posible. De este modo, requiere estar bien informado, seguro y capacitado para proporcionar atención individualizada y adecuada. La no maleficencia es esencial para evitar causar daño y garantizar un cuidado digno y justo, siempre buscando el bienestar del paciente.

“...El principio de no maleficencia, que implica evitar causar daño, se aprende tanto en el pregrado como en el internado, combinando estudio y práctica profesional. Cumplir con este principio requiere estar bien informado y seguro en nuestra práctica...” M01.

“...Del mismo modo, el principio de no maleficencia nos insta a evitar cualquier riesgo o daño al paciente en la medida de lo posible...” M02.

“...Nuestra principal preocupación es evitar causar daño al paciente, ya que, si viene con una enfermedad, no debemos empeorar su condición...” M03.

“...así como el principio de no maleficencia son fundamentales en nuestra práctica diaria...” M04.

“...El principio de no maleficencia implica evitar causar daño al paciente, lo que requiere estar completamente capacitado para proporcionar una atención individualizada y adecuada a cada uno...” M07.

“...Evitar causar daño es esencial, lo que se relaciona con el principio de no maleficencia...” M08.

“...Claro, uno de los principios fundamentales podría ser el de no hacer daño al paciente, conocido como no maleficencia...” M09.

“...Es importante evitar causar daño, recordando que cada persona merece respeto y atención equitativa, incluso si es un paciente del sistema penal. La maleficencia debe ser evitada en todas las circunstancias para garantizar un cuidado digno y justo...” M10.

“...La no maleficencia es esencial para evitar causarle daño al paciente, siempre buscando su bienestar en cada acción...” M11.

“...Esto implica garantizar que el paciente no sufra un daño mayor. Al proporcionar cuidados paliativos, nuestro objetivo es evitar el daño y en su lugar proporcionar un beneficio significativo al paciente...” M13.

Las enfermeras intensivistas de un hospital público en Chiclayo perciben que el principio de beneficencia implica buscar el bien del paciente a través de procedimientos y tratamientos adecuados, y es crucial que los enfermeros estén bien preparados y seguros de lo que hacen. Esto incluye proporcionar cuidados y atención adecuados y seguros, aplicar principios de seguridad y administración de medicamentos, y atender las necesidades espirituales de los pacientes según sus creencias religiosas.

“...A su vez, el principio de beneficencia se opone a este, promoviendo hacer el bien. Es crucial que los enfermeros estén bien preparados y seguros de lo que hacen. Si surgen dudas, es importante preguntar y buscar orientación...” M01.

“...La beneficencia, que implica buscar el bien del paciente a través de procedimientos y tratamientos adecuados, es importante...” M02.

“...Por supuesto, el principio bioético como la beneficencia es muy importante...” M04.

“...El principal beneficio es la beneficencia, asegurando un cuidado integral al aplicar principios de seguridad y administración de medicamentos, junto con la atención de las necesidades espirituales de los pacientes según sus creencias religiosas...” M05.

“...Esto refleja los principios de beneficencia, ya que implica aplicar el valor fundamental de la vida...” M06.

“...Por ejemplo, el principio de beneficencia implica hacer el bien, proporcionando cuidados y atención adecuados y seguros al paciente para promover su bienestar...” M07.

“...Asimismo, el principio de beneficencia implica hacer todo lo posible para mejorar la situación del paciente, lo cual es fundamental en nuestro cuidado...” M08.

“...La beneficencia es crucial en este sentido, ya que implica ofrecerle al paciente lo mejor, lo que realmente le beneficiará...” M09.

“...Por último, la beneficencia requiere administrar los medicamentos de manera adecuada, como diluirlos en 100 cc de cloruro si es necesario, garantizando así el bienestar del paciente y evitando cualquier daño...” M12.

“...La situación de beneficencia positiva para el paciente debe ser adecuada, manteniendo un equilibrio armonioso entre nuestras acciones y el beneficio otorgado, con el fin de garantizar una atención de calidad y un resultado favorable en su bienestar...” M13.

También, la percepción de las enfermeras intensivistas resaltó que los principios éticos de autonomía y respeto a las decisiones del paciente son fundamentales en la atención médica. Desde el inicio, se prioriza la autonomía y el respeto al paciente, demostrando empatía y reconociendo el papel importante de la familia en su bienestar. En la UCI, donde la autonomía puede estar limitada, se busca informar a los familiares sobre el tratamiento y las opciones disponibles. Estos principios se aplican en cada etapa de la atención, permitiendo tomar decisiones que beneficien al paciente y garantizando su bienestar integral.

“...así como el respeto a la autonomía del paciente y sus decisiones, también son principios éticos importantes a tener en cuenta...” M02.

“...Al iniciar la atención, se prioriza la autonomía y el respeto al paciente, demostrando empatía al dirigirse a él por su nombre. Además, se reconoce el papel crucial de la familia en el bienestar del paciente, promoviendo un ambiente de respeto hacia ellos desde el principio...” M03.

“...Por otro lado, la autonomía es importante, aunque en la UCI los pacientes suelen depender de las decisiones de sus familiares. Es fundamental explicarles el tratamiento y las opciones disponibles para que puedan tomar una decisión...” M05. “...Además, también aplicamos el principio de autonomía, ya que cada individuo es único...” M06.

“...Además, la autonomía es importante, lo que se refleja en el trato respetuoso y en la integridad del paciente...” M07.

“...Aplicamos el principio de autonomía al tomar decisiones que beneficien al paciente según su situación clínica, permitiéndonos actuar con eficacia para garantizar su bienestar sin requerir consulta médica constante...” M08.

“...Primero, la autonomía es importante; aunque el paciente esté sedado, se obtiene el consentimiento informado del familiar más cercano, como su esposo, madre o padre, quienes firman los procedimientos a realizar...” M12.

Asimismo, las enfermeras intensivistas de un hospital público percibieron que la justicia en la atención médica se refleja en tratar a todos por igual, sin importar preferencias personales, y según sus necesidades individuales. Desde la administración de medicamentos hasta el uso de recursos, se busca actuar con imparcialidad y equidad para garantizar el bienestar de cada paciente. Esto implica seguir procedimientos con responsabilidad y utilizar los recursos de manera exclusiva para el beneficio del paciente en cuestión, sin privilegiar a otros.

“...Además, la justicia, que promueve la igualdad para todos...” M02.

“...En cuanto a la justicia, es importante tratar a todos por igual y según sus necesidades individuales...” M05.

“...En nuestra atención, seguimos procedimientos y administramos medicamentos sin priorizar nuestras preferencias, reconociendo que nuestras acciones impactan directamente en la recuperación del paciente y su bienestar...” M07.

“...La justicia es fundamental; debemos dar al paciente lo que realmente necesita, actuando con imparcialidad y equidad...” M08.

“...La justicia, por ejemplo, implica administrar medicamentos incluso a altas horas de la madrugada, ya que es nuestra responsabilidad profesional...” M11.

“...Luego, la justicia implica utilizar los medicamentos adquiridos por un familiar exclusivamente para ese paciente y no para otros...” M12.

Categoría III: Identificación precoz de las necesidades de los pacientes en cuidados paliativos

En la atención de cuidados paliativos, es crucial involucrar tanto a especialistas como a los pacientes en el proceso. La evaluación de necesidades debe ser vista como un proceso continuo en lugar de un evento estático, y es importante emplear diversos métodos complementarios que promuevan el bienestar del paciente. Asimismo, es esencial abordar el concepto de una buena muerte, considerando elementos como la preparación del paciente y su familia, la designación de un representante para la toma de decisiones, la información clara sobre el pronóstico, la posibilidad de establecer voluntades anticipadas, y la percepción de que los profesionales tratan el tema de la muerte de manera natural. Además, es fundamental

adoptar una filosofía de cuidado que reconozca la complejidad y la relevancia de expresar sentimientos acerca de la vida y la muerte⁴⁷.

Subcategoría 3.1.- Ofrecer bienestar, comodidad y confort al paciente mediante la higiene y cambios posturales

La enfermera intensivista debe comprender a fondo la enfermedad que limita la vida para optimizar la forma de vivir, deberá responder a las necesidades del paciente; poseer formación avanzada en este campo para ofrecer atención integral centrada en la persona; integrar aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales, y examinar las consecuencias de cada enfermedad. Además, debe realizar evaluaciones físicas completas, emplear exámenes adecuados y formular prioridades para el manejo del paciente, brindando apoyo a colegas menos experimentados, también debe demostrar un conocimiento detallado en la valoración del dolor y síntomas, así como en intervenciones no farmacológicas⁴⁸.

Las percepciones del cuidado paliativo entre las enfermeras intensivistas destacan un enfoque primordial en el bienestar, la comodidad y el confort del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Según los testimonios, se enfatiza la importancia de asegurar un ambiente confortable para los pacientes, quienes se encuentran en situaciones críticas y son los que más lo necesitan. Una participante resalta la provisión de cuidados no farmacológicos para minimizar los síntomas. A su vez, mencionan la importancia de continuar con la terapia indicada hasta el final. También, enfatizan la pronta respuesta ante complicaciones como taquicardia, fiebre o dificultades con la ventilación mecánica. En conjunto, estos discursos reflejan una dedicación constante a la mejora del confort y bienestar del paciente en la UCI, considerándolo un aspecto esencial del cuidado paliativo.

“...En primer lugar, en la UCI, procuramos brindar cuidados paliativos a través de la comodidad y confort al paciente ...esto implica acciones como arreglarlo, bañarlo, limpiar su rostro y genitales, especialmente durante las deposiciones para evitar irritación de la piel por el contacto prolongado con el pañal...” M01

“...En la unidad de cuidados intensivos, dedicamos especial atención a la comodidad y el confort de los pacientes, especialmente en aquellos que ya no hay esperanza de recuperación, porque son quienes más lo necesitan...” M03.

“...Además, se debe continuar ofreciendo la terapia indicada hasta el último momento...” M04.

“...Creo que el principal beneficio de brindar cuidados paliativos es optimizar el bienestar de la persona en todas las dimensiones por ello las acciones se basan en el proceso enfermero, comenzando con la valoración. Esto es esencial para el cuidado general y paliativo...” M05.

“...Además, proporcionamos cuidados no farmacológicos, como ofrecer confort, para ayudar a minimizar los síntomas que experimenta el paciente...” M06.

“...la enfermera intensivista al brindar los cuidados paliativos se preocupa por la ...atención en la higiene personal...” M07.

“...Principalmente, nuestro enfoque en cuidados paliativos es asegurar la comodidad y el confort del paciente...” M08.

“...ayudar en su higiene personal, entre otras tareas. Esto requiere una gran vocación y paciencia por parte del personal de enfermería...” M09

“dentro de las acciones que realiza el enfermero intensivista al brindar los cuidados paliativos...también está que realizamos la higiene...” M12

La higiene diaria del paciente crítico y en especial del paciente en estado terminal es esencial que se lleve a cabo bajo condiciones de seguridad para asegurar su comodidad y mantener la integridad de su piel y mucosas. No obstante, este procedimiento puede provocar en los pacientes sentimientos de dependencia y vulnerabilidad⁴⁹.

Las percepciones del cuidado paliativo entre las enfermeras intensivistas resaltan la importancia de la higiene personal del paciente como una acción esencial. Según una participante, esta situación incluye tareas como arreglar, bañar, limpiar el rostro y los genitales del paciente, especialmente durante las deposiciones, para evitar la irritación de la piel por el contacto prolongado con el pañal. También subrayan la atención a la higiene personal como una prioridad en el cuidado paliativo; ayudar en la higiene personal, entre otras tareas, requiere una gran vocación y paciencia por parte del personal de enfermería. En conjunto, estos discursos reflejan el compromiso de las enfermeras en asegurar la higiene personal del paciente, considerándola fundamental para su bienestar y dignidad en la unidad de cuidados intensivos.

Para prevenir la formación de úlceras por presión, es fundamental realizar cambios de posición. Si ya ha surgido una úlcera, sin importar su etapa, es vital evitar aplicar presión sobre la zona afectada. Estas úlceras pueden agravar el estado de salud de los pacientes en la

UCI, prolongar su tiempo de hospitalización, disminuir su calidad de vida y elevar los costos de atención⁵⁰. Siempre que el paciente tenga movilidad, se promoverá su participación en los cambios de posición junto con el personal de salud. En casos de inmovilidad severa, el equipo será responsable de realizar estos ajustes, asegurándose de que el paciente reciba un manejo adecuado del dolor. Para aquellos pacientes encamados, se recomienda hacer cambios posturales cada dos horas o con mayor frecuencia si es necesario⁵¹.

En el estudio sobre las percepciones del cuidado paliativo de las enfermeras intensivistas, los discursos revelan un enfoque consistente en la importancia de la movilización del paciente como una estrategia clave para minimizar el dolor y prevenir complicaciones. Las enfermeras se encargan de mover a los pacientes adecuadamente y cambiar sus posiciones regularmente para reducir el dolor y evitar la formación de úlceras por presión. El manejo de las úlceras cutáneas también varía según su gravedad, con intervenciones específicas como los cambios de posición para úlceras de primer grado. Además, se destaca la atención a la movilidad general del paciente como un componente esencial del cuidado paliativo. Esta atención integral y preventiva subraya la dedicación de las enfermeras a proporcionar un cuidado paliativo de alta calidad, centrado en el bienestar y la comodidad del paciente.

“...También nos encargamos de movilizar de manera adecuada para minimizar su dolor, cambiamos su posición regularmente...” M01.

“...movilización del paciente, y cambios posturales son acciones que realiza la enfermera cuando brinda cuidados paliativos...” M07.

“..la actitud de la enfermera al brindar cuidados paliativos es la de evitar la formación de úlceras por presión mediante la movilización adecuada...” M08.

“...Además, las acciones que realiza el enfermero intensivista al brindar los cuidados paliativos, está en el manejo de las úlceras cutáneas varía según su gravedad: para úlceras de primer grado, realizamos cambios de posición...” M11.

“...Al brindar los cuidados paliativos la enfermera intensivista debe realizar cambios de posición...” M12.

Subcategoría 3.2.- Considerar las necesidades espirituales y psicosociales

La espiritualidad se entiende como un proceso subjetivo que permite a las personas encontrar sentido en sus vidas, y se manifiesta en la conexión con uno mismo, con los demás y con lo trascendental. Hay un creciente interés por investigar la espiritualidad desde una

perspectiva cualitativa, en lugar de limitarse a enfoques cuantitativos. En la literatura, la espiritualidad se aborda desde un enfoque personal, mientras que la religión tiende a ser más comunitaria y está profundamente influenciada por factores socioculturales y antropológicos. Por lo tanto, explorar los significados de estos conceptos es fundamental para desarrollar intervenciones basadas en un marco conceptual común, lo que ayuda a incluir las creencias de las personas mayores y evita su exclusión⁴⁶.

Las enfermeras intensivistas destacan la importancia de abordar no sólo los aspectos físicos, sino también el bienestar espiritual y psicosocial de los pacientes. Reconocen que, al admitir a un paciente, es esencial investigar su religión, ofrecer apoyo espiritual cuando sea necesario y evaluar sus necesidades psicosociales para proporcionar una atención integral. En el contexto católico, la fe brinda consuelo tanto a los pacientes como a las enfermeras, quienes se dedican a ofrecer el mejor cuidado posible. Además, consideran fundamental brindar apoyo espiritual a las familias, facilitando la presencia de líderes religiosos para realizar los rituales finales. En general, las enfermeras destacan la necesidad de reconocer y atender el dolor espiritual y el sufrimiento emocional del paciente y su familia, enfatizando un enfoque holístico y humanizado en los cuidados paliativos.

“...Es esencial abordar el bienestar espiritual y psicosocial del paciente además de los aspectos físicos. Al admitirlo, se debe investigar su religión, ofrecer apoyo espiritual si es necesario y evaluar sus necesidades de cuidados paliativos y psicosociales para una atención completa...” M02.

“...Como creyentes, confiamos en el momento divino del tránsito del paciente, mientras que como enfermeras, estamos comprometidas a brindar cuidados hasta el último suspiro...” M04.

“...Para los católicos, la fe brinda consuelo al confiar en la guía divina para el paciente, mientras nos dedicamos plenamente a brindar el mejor cuidado disponible...” M05.

“...Además, brindar apoyo espiritual a la familia es fundamental. Se debe facilitar la presencia del pastor o sacerdote para ofrecer los últimos rituales religiosos...” M10.

“...Primero, reconocer que todas las personas que están allí son seres humanos. Más allá del dolor físico, debemos considerar el dolor espiritual, el sufrimiento emocional que implica toda la situación...” M13.

Categoría IV: La familia pilar básico para brindar cuidados paliativos

Durante enfermedades graves o al final de la vida, es común que surjan transformaciones en la estructura familiar y en los roles que cada miembro desempeña. Esta realidad resalta la importancia de incluir a los familiares en el cuidado proporcionado por los equipos de cuidados paliativos. Estos equipos pueden facilitar tanto a los pacientes como a sus familias el proceso de enfrentar y aceptar la muerte, ofreciendo cuidados que disminuyan el sufrimiento físico, emocional y espiritual. La relevancia de la atención paliativa radica en que los pacientes experimentan pérdidas simbólicas significativas, como la pérdida de su autonomía, identidad y roles sociales, además de la muerte del enfermo, que representa una pérdida real. Por ello, es vital que la atención se fundamente en una comunicación clara y honesta, evitando el silencio que puede ser perjudicial, y promoviendo así la autonomía y dignidad tanto de los pacientes como de sus familiares⁵².

Las enfermeras intensivistas revelan un compromiso profundo con la atención integral tanto del paciente como de su familia. El enfoque principal es brindar la mejor atención posible a ambos. Además, destaca que, para quienes reciben cuidados paliativos, se requiere una comprensión más profunda y sensible. También, enfatizan la importancia de asegurar la mejor calidad de vida posible para el paciente, enfocándose en el confort y bienestar en lugar de la curación, ya que aún tienen tiempo de vida; mencionan que estos cuidados buscan proporcionar una vida libre de dolor. Finalmente, resaltan la necesidad de informar a pacientes y familiares sobre la administración de medicamentos sedantes y procedimientos invasivos, como la colocación de un catéter para morfina, para mitigar el dolor y la agitación. En conjunto, estos discursos reflejan un enfoque holístico y compasivo en los cuidados paliativos, priorizando la calidad de vida y el alivio del sufrimiento.

“...la actitud de una enfermera intensivista al brindar los cuidados paliativos ...es importante ...por ello se debe explicar a la familia la situación del paciente y responder a sus preguntas ...” M01.

“...Durante las visitas familiares, ofrecemos educación y atención adicional al familiar. Es importante brindar la información antes de los procedimientos invasivos para reducir la ansiedad y promover la comprensión entre el equipo de salud y los familiares....en todos los casos, nuestro enfoque sigue siendo brindar la mejor atención posible tanto al paciente como a su familia...” M02.

“...Primero, creo que es importante tomar medidas para brindarles un buen cuidado a los pacientes. Esto incluye educar a sus familias y proporcionarles todo el tratamiento necesario

sin omitir nada...Sin embargo, en el caso de aquellos que reciben cuidados paliativos, se requiere una comprensión aún más profunda y sensible...” M03.

“...En algunos casos, aunque no nos enfoquemos en curar, debemos asegurar la mejor calidad de vida posible para el paciente, dado que aún tiene posibilidades de vida, durante el tiempo que le quede...” M04.

“...Es esencial adaptar nuestro mensaje al contexto y a la persona, ya sea un padre, una madre o alguien de distinta edad. También debemos tener en cuenta a la familia en nuestras acciones y explicarles con sinceridad la situación de su ser querido...” M05.

“...se busca proporcionar a los pacientes una mejor calidad de vida, libre de dolor, mediante estos cuidados...” M07.

“...En ocasiones, si la familia puede proporcionar ciertos medicamentos, solicitamos su colaboración, lo que puede acelerar significativamente el proceso de curación de la herida...” M11.

“...Informar a pacientes y familiares sobre la administración de medicamentos sedantes y procedimientos invasivos, como la colocación de un catéter para morfina, es esencial para mitigar dolor y agitación...” M13.

Las percepciones del cuidado paliativo entre las enfermeras intensivistas destacan un compromiso integral con la atención de calidad tanto para el paciente como para su familia. El objetivo principal es proporcionar la mejor atención posible en todas las situaciones. Asimismo, enfatizan que los cuidados paliativos requieren una comprensión más profunda y sensible de las necesidades del paciente. Es importante asegurar la mejor calidad de vida posible para el paciente, enfocándose en su bienestar en lugar de la curación, mientras aún tenga tiempo de vida. Además, añaden que el objetivo es ofrecer una vida libre de dolor a través de estos cuidados. También, resaltan la importancia de informar a los pacientes y sus familias sobre la administración de medicamentos sedantes y procedimientos invasivos, como la colocación de un catéter para morfina, para mitigar el dolor y la agitación. En conjunto, estos discursos reflejan un enfoque holístico y empático en los cuidados paliativos, priorizando la calidad de vida y el alivio del sufrimiento.

Categoría V: Limitación para llevar a cabo los cuidados paliativos falta de normativas, insumos e infraestructura para proporcionar el cuidado

La disponibilidad y dispensación de medicamentos para un tratamiento adecuado representan barreras significativas. Por lo general, se exige completar recetas para

medicamentos controlados, contar con personal auxiliar de enfermería para la recolección de fármacos y coordinar entre la farmacia y el área clínica para garantizar el acceso a medicamentos urgentes para el manejo de síntomas. Por lo tanto, es esencial incorporar químicos farmacéuticos en el equipo para asegurar que haya un suministro constante de los medicamentos de rescate más comunes. Además, los profesionales de enfermería que atienden a pacientes con enfermedades terminales enfrentan principales obstáculos relacionados con la gestión, la salud pública, la integración de servicios, dilemas éticos y cuestiones legales en proceso de cambio⁵³.

Las percepciones del cuidado paliativo entre las enfermeras intensivistas revelan diversas limitaciones y desafíos que afectan la calidad de la atención. Se destaca la escasez de medicamentos esenciales, en gran parte debido a las limitaciones en la cobertura del SIS, lo que obliga a los pacientes a adquirirlos por su cuenta y a los médicos a recetar sedantes alternativos. Además, las deficiencias en la infraestructura impactan negativamente la atención brindada, aunque generalmente se dispone de los medicamentos necesarios. Además, la falta de normativas claras y la necesidad de fortalecer los cuidados paliativos, incluyendo el apoyo espiritual y familiar, son preocupaciones recurrentes. También se observa una carencia de suministros médicos esenciales y materiales básicos de higiene, lo que en ocasiones dificulta el cuidado del paciente. En conjunto, estas percepciones reflejan un entorno de cuidados paliativos que enfrenta desafíos multifacéticos, desde la infraestructura y la disponibilidad de recursos hasta la necesidad de un enfoque integral y normativas claras.

“...La escasez de medicamentos esenciales, a menudo debido a limitaciones en la cobertura del SIS, obliga a los pacientes a comprarlos por su cuenta. Esta situación puede requerir que los médicos receten sedantes alternativos debido a la falta de disponibilidad...”
M01.

“...En primer lugar, la infraestructura presenta deficiencias que impactan en la calidad de la atención brindada...” M03.

“...Cuando consideramos las limitaciones en el cuidado paliativo, es importante tener en cuenta las condiciones de la infraestructura. Es importante destacar que, en gran medida, contamos con todos los medicamentos requeridos para brindar una atención adecuada...”
M04.

“...En la UCI, existe una amplia disponibilidad de recursos, incluyendo medicamentos para el dolor y condiciones adecuadas de temperatura. Afortunadamente, el apoyo

institucional, como el programa de pacientes hermanos, ha reducido significativamente esta carga financiera...” M05.

“...Nuestra unidad, que cuenta con cinco camas, fue reestructurada con este principio en mente...” M06.

“...Nuestra principal preocupación en las limitaciones se centra en evaluar constantemente al paciente, ajustando la analgesia según su estado hemodinámico...” M08.

“...Se observa una falta de normativas claras, con enfermeras trabajando de forma independiente y aplicando métodos individuales. Es importante fortalecer los cuidados paliativos, que incluyen aspectos espirituales y apoyo familiar...” M11. “...En el entorno médico, las limitaciones abarcan desde la escasez de suministros médicos esenciales hasta la falta de materiales básicos de higiene, como papel toalla y jabón. En ocasiones, también nos vemos sin sábanas u otros materiales necesarios para el cuidado del paciente...” M12.

Las enfermeras intensivistas subrayan la importancia de la conexión y el apoyo familiar para los pacientes en situaciones críticas, señalando que los horarios de visita restringidos en la UCI aumentan la angustia al limitar la presencia constante de familiares, especialmente durante el fallecimiento. La necesidad de conectar al paciente con su familia se percibe como fundamental para el bienestar del paciente, pero las normas internas a menudo restringen esta presencia, limitando el apoyo emocional necesario y dificultando el acompañamiento y el consuelo. Aunque las restricciones en el acceso de familiares son casos poco frecuentes, cuando ocurren, representan una barrera significativa para la atención, destacando la necesidad de revisar y ajustar las políticas de visita para mejorar el cuidado paliativo y el bienestar emocional de los pacientes.

“...Los horarios de visita restringidos en la UCI aumentan la angustia al limitar la presencia constante de familiares, especialmente durante situaciones críticas como el fallecimiento, lo que representa un desafío para el cuidado debido a la limitación del contacto familiar en momentos críticos...” M02.

“...En nuestra unidad, una limitación importante es la necesidad de conectar al paciente con su familia para recibir apoyo, especialmente en situaciones críticas. Esta conexión es relevante para el bienestar del paciente...” M03.

“...Las normas internas a veces restringen la presencia de familiares con el paciente, lo que puede limitar el apoyo emocional necesario. Esta restricción dificulta el acompañamiento y el consuelo que los pacientes reciben de sus seres queridos...” M04.

“...En ocasiones, existen restricciones en el acceso y la visita de familiares, aunque son casos poco frecuentes donde no se considera importante permitir su presencia constante...” M10.

“...La ausencia de familiares durante la atención también representa una barrera significativa...” M11.

En el contexto del estudio sobre las percepciones del cuidado paliativo entre enfermeras intensivistas, los discursos analizados revelan una preocupación común por la relación entre la carga de trabajo y la calidad del cuidado. La baja proporción de enfermeras por paciente, con una enfermera asignada a tres pacientes, dificulta la atención continua y personalizada, esencial en el manejo del dolor y cuidados paliativos. Aunque se emplean sistemas de evaluación para gestionar la dependencia y distribución del personal, manteniendo una proporción de una enfermera por cada tres pacientes en UCI de nivel II-2 para asegurar una atención adecuada, las enfermeras encuentran que esta carga puede comprometer la calidad del cuidado individualizado. Además, se observa que la automatización del personal debido a diversos factores puede llevar a la negligencia de aspectos humanos y principios esenciales del cuidado, afectando negativamente la percepción del cuidado paliativo.

“...La baja proporción de enfermeras por paciente, con una enfermera para cada tres pacientes, dificulta la atención continua y personalizada, especialmente en cuidados paliativos o manejo del dolor...” M03.

“...Usamos un sistema de evaluación para determinar el nivel de dependencia y distribuir eficazmente al personal. En una UCI de nivel II-2, generalmente asignamos una enfermera para cada tres pacientes, lo que nos permite brindar la atención necesaria de manera adecuada...” M06.

“...Cuando atendemos a dos o tres pacientes simultáneamente, a veces nos resulta difícil proporcionar la atención de calidad que deseamos. Aunque ofrecemos todos los cuidados necesarios, la cantidad de pacientes puede afectar la atención individualizada que preferimos brindar...” M09.

“...Es frecuente notar que el personal de enfermería tiende a automatizarse, posiblemente influenciado por diferentes factores, lo que a veces descuida los aspectos humanos y los principios esenciales del cuidado...” M13.

En el estudio sobre las percepciones del cuidado paliativo entre enfermeras intensivistas, los discursos reflejan desafíos significativos relacionados con la comunicación y la interpretación de las necesidades de los pacientes en estado crítico. La incapacidad de los pacientes intubados y sedados para expresar sus molestias o deseos en sus últimos momentos limita la capacidad de las enfermeras para proporcionar un cuidado verdaderamente personalizado. Frente a estas limitaciones, las enfermeras optan por minimizar el trauma y, en ausencia de consenso familiar sobre ciertas intervenciones, se enfocan en ofrecer cuidados paliativos, delegando la decisión final a factores espirituales o divinos. No obstante, las enfermeras utilizan indicadores clínicos como la taquicardia, la hipertensión y las señales del ventilador mecánico para evaluar el estado de los pacientes sedados, lo que es esencial para proporcionar una atención efectiva. Además, persisten paradigmas sobre la percepción de los pacientes en coma, como la creencia de que no pueden escuchar ni entender, lo que afecta la manera en que las familias manejan el estrés y perciben el cuidado brindado.

“...Una limitación en la unidad de cuidados intensivos es que los pacientes, al estar intubados y sedados, no pueden comunicarnos sus molestias o preocupaciones, ni expresar sus deseos en sus últimos momentos...” M02.

“...Ante las limitaciones en nuestra práctica, evitamos causar más trauma a los pacientes; si la familia no acepta ciertas intervenciones, ofrecemos solo cuidados paliativos hasta que el paciente decida, dejando la decisión en manos de Dios...” M07.

“...Aunque muchos pacientes están sedados, podemos interpretar señales como la taquicardia, la hipertensión y las indicaciones del ventilador mecánico para entender su estado, lo que es crucial para ofrecer una atención efectiva...” M11.

“...Aún persisten paradigmas, como la idea de que un paciente en coma no puede escuchar ni entender, lo que influye en la percepción y manejo del estrés por parte de la familia...” M13.

Una de las circunstancias que a lo largo de la vida suele generar mayor aflicción es la enfermedad. Esta realidad se vive de manera única por cada paciente y a menudo se asocia con diversos factores y emociones, como la sensación de pérdida material o espiritual, la falta de explicaciones convincentes ante la muerte y una percepción de abandono e incertidumbre sobre el futuro. La medicina ofrece una respuesta concreta al problema del sufrimiento de los enfermos mediante los cuidados paliativos⁵⁴. No solo a través del alivio físico del dolor, sino mediante el cuidado integral del paciente, con el objetivo de mitigar el sufrimiento en todas

sus dimensiones. Esta perspectiva se traduce en el respeto a la persona hasta su muerte natural, brindando asistencia y confort en una etapa tan compleja como la enfermedad avanzada. Uno de los principales objetivos de la medicina paliativa es saber diagnosticar el sufrimiento para luego tratarlo adecuadamente⁵⁵.

En ese sentido, en la primera categoría “El cuidado paliativo involucra el alivio del dolor y sufrimiento del paciente”, se encontró que las enfermeras intensivistas abordan el dolor con la finalidad de proporcionar confort y sedoanalgesia al paciente en UCI, este resultado converge con Blanco, Chavarría, Garita⁵⁶, afirmaron que existen métodos como la terapia cognitivo-conductual que reduce el dolor porque también afecta en el ámbito espiritual y psicosocial, esta situación requiere de terapias dirigidas tanto al paciente como al familiar. En cambio, en la investigación de Ponti, Saez, Angeloni, Álvarez, Mincone, Cicerone⁵⁷ la mayoría de los enfermeros opinaron que controlar los síntomas, apoyar al paciente y a su familia, y aliviar el dolor, no eran las finalidades de los cuidados paliativos. Según el Centro de Defensa de Mejores Prácticas de Nueva Zelanda⁵⁸ existen estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor, entre ellas, asegurar al paciente se hará todo lo posible para controlar el dolor, reducir la exposición a factores que incrementan este síntoma, como ciertos movimientos o posturas, utilizar compresas frías o calientes y crear un ambiente adecuado, ajustando la iluminación, la temperatura y utilizando aromaterapia.

En otro orden de ideas, las enfermeras intensivistas destacaron que sedantes como la ketamina y la morfina en casos de dolor agudo, este hallazgo es similar al estudio de Tagami et al⁵⁹ quienes encontraron que para el manejo del dolor se utilizaron opioides como la oxicodona con una dosis inicial de 40 mg diarios. Los gabapentinoides fueron los adyuvantes analgésicos más comunes, mientras que los opioides se usaron para la medicación de rescate. Por el contrario, en el estudio de Azhar y Hui⁶⁰ utilizaron medicamentos como el fentanilo en pacientes con insuficiencia renal o hepática, además, usaron metadona la cual debido a sus propiedades antagonistas del receptor celulares es eficaz para el dolor neuropático. De acuerdo con el Ministerio de Salud de Chile⁶¹ para el manejo crónico del dolor, se deben preferir medicamentos como el metamizol y el paracetamol, que no presentan riesgos de gastropatía, sangrado digestivo ni toxicidad renal. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son útiles para el dolor óseo por metástasis y el dolor de tejidos blandos debido a su acción periférica. Los opioides son fundamentales para el manejo del dolor, actuando principalmente en el sistema nervioso central y tejidos periféricos.

También, las enfermeras intensivistas destacaron que mantener los analgésicos hasta el final de la vida y ajustar la sedoanalgesia garantizan el confort del paciente. Este resultado es similar al aporte de Waterfield y Barnason⁶², quienes destacaron que el equipo de enfermería valoró el malestar y la analgesia evaluando los indicadores fisiológicos del paciente, también emplearon la observación en los aspectos conductuales con la finalidad de mejorar la comodidad y el confort del paciente. Sin embargo, los hallazgos de Temesgen, Chekol, Tamirie, Eshetie, Simeneh y Feleke⁶³, evidenciaron que el bienestar del paciente en la UCI incluye el manejo del dolor, la ansiedad y el delirio, aunque, el intentar equilibrar la sedación y analgesia es complicado, incluso, la falta de niveles de sedación puede causar prioridades dispares en el equipo, aumentar complicaciones y retrasar la recuperación. Mientras que, la Asociación Estadounidense de Enfermería para el Control del Dolor sugirió emplear herramientas de evaluación del dolor para identificar el dolor observable como alternativa a la autoevaluación del paciente. Asimismo, se deben analizar las señales conductuales que pueden señalar la presencia de dolor, entre ellas, gestos faciales, movimientos de las extremidades superiores y la colaboración del paciente con la ventilación asistida⁶⁴.

Respecto a la segunda categoría “Respeto por la vida y dignidad humana en los cuidados paliativos”, se evidenció que el cuidado paliativo es considerado integral y humano, las enfermeras destacan la importancia de abordar no sólo el dolor físico, sino también las dimensiones emocional, social y espiritual del paciente. Este hallazgo es similar al aporte realizado por Bandeali, Ordons y Sinnarajah⁶⁵, quienes detallaron los aspectos corporales, emocionales y espirituales de los pacientes con necesidad de recibir los cuidados paliativos, más aún debido al creciente número de personas que sobreviven más tiempo con enfermedades crónicas no cancerosas y que podrían beneficiarse de cuidados paliativos especializados. A diferencia del hallazgo de Klimasiński, Baum, Praczyk, Ziemkiewicz, Springer, Cofta, et al⁶⁶, las necesidades espirituales están vinculadas con las creencias individuales; sin embargo, la espiritualidad trasciende el contexto religioso, ya que la aflicción espiritual no está asociada con el grado de devoción religiosa. Por consiguiente, cualquier paciente con una enfermedad crónica grave requiere atención espiritual que incluye ser tratado con compasión.

En conformidad con la Universidad El Bosque⁶⁷, el cuidado espiritual se fundamenta en un encuentro entre el profesional de enfermería y la persona con necesidades paliativas, donde se

ofrece una presencia continua, disposición para escuchar activamente y apoyo compasivo en todo lo que surja durante el proceso de enfermedad avanzada y final de vida. Este encuentro requiere que el profesional de enfermería deje de lado sus propias expectativas y se concentre en las necesidades espirituales de esa persona, sobre todo en la forma en que manifiesta su espiritualidad, como expresiones religiosas, arte, silencios, entre otros. Existen elementos esenciales del cuidado espiritual que, al estar presentes en una intervención, favorecen su éxito: Autenticidad, Respeto, dignidad, honestidad, compasión, humanidad, vulnerabilidad, empatía.

También, las enfermeras intensivistas expresaron que el cuidado paliativo es percibido como un cuidado humanizado, de esta forma, muestran un compromiso profundo en que destacaron la importancia de un trato cercano y reconfortante para aliviar el sufrimiento en momentos difíciles. Este resultado es compatible con Campos, Silva y Silva⁶⁸, quienes evidenciaron que el cuidado paliativo se demostró mediante un trato directo con cortesía, afecto y empatía; mantener el respeto al tiempo para asimilar la mala noticia tanto en el paciente como en la familia; la comunicación realizada en equipo y no de manera individual, para favorecer la comprensión del paciente y garantizar la seguridad del profesional. Por el contrario, la investigación ejecutada por Stephen, Nyashanu, Ossey-Nweze y Serrant⁶⁹, enfatizó que las enfermeras ofrecen el mejor cuidado posible para obtener reconocimiento por parte del paciente y sus allegados. Para lograr esta meta, las enfermeras destacaron la importancia de preocuparse por el paciente, sus necesidades y deseos, así como los de los familiares involucrados, y de prestar atención a la dignidad del paciente antes y después del fallecimiento.

De acuerdo con el Ministerio de Sanidad⁷⁰, un elemento relevante es la planificación conjunta de los cuidados; lo cual permite a los profesionales conocer los valores y preferencias del paciente, así como adaptar las intervenciones de cuidado. Además, mejora el entendimiento del paciente sobre su proceso. Esto genera efectos positivos en su autoestima y tranquilidad, y por ende facilita un final de vida en paz. También tiene efectos beneficiosos sobre los familiares y representantes, de modo que, mejora su comprensión sobre la enfermedad, ayuda al representante a entender su rol, disminuye la carga de tomar decisiones por el paciente, alivia el proceso de duelo y mejora la satisfacción. En cuanto a los profesionales, la toma de decisiones compartida puede mejorar la relación con el paciente y la

familia, ayuda a tomar decisiones clínicas y a brindar una atención más humanizada y centrada en la persona.

Además, los sujetos de estudio destacaron que acciones como escuchar activamente al paciente, asegurar una muerte digna y brindar atención con empatía y respeto, con un enfoque centrado en la dignidad, son fundamentales para ofrecer una atención humanizada. Este hallazgo coincide con el estudio de Al-Shamaly⁷¹ cuyos participantes expresaron que el cuidado de los pacientes se alcanza a través de una sólida relación enfermera-paciente, que incluye ser empático, tener un profundo compromiso de acompañar a la persona durante su enfermedad y defender sus intereses, especialmente cuando el paciente en la UCI está inconsciente y la enfermera debe anticipar qué tipo de atención es necesaria para responder a sus cambiantes necesidades de atención médica. No obstante, los hallazgos de Madula, Kalembo, Yu y Kaminga⁷², observaron que algunos pacientes señalaron que existió una inadecuada comunicación por parte de las enfermeras incluyendo el maltrato verbal, la falta de consideración o la negativa a responder preguntas, esta situación negativamente en su percepción de los servicios brindados.

Conforme con la Comisión Sectorial de Enseñanza Universidad de la República Uruguay⁷³, es importante considerar el uso de la empatía al comunicarse con el paciente, respetando su necesidad de devolver ideas o profundizar en ellas en el momento oportuno en la relación, lo que favorece el equilibrio emocional del médico y su juicio profesional. Esto se vincula con técnicas de entrevista, en particular la escucha activa y empática, además, este concepto se encuentra estrechamente relacionado e implica que el profesional escuche de manera activa, comprendiendo el mensaje completo del paciente, entendiendo su perspectiva y mostrando ese entendimiento mediante diversas técnicas. Para ello, es recomendable permitir que el paciente exprese sus ideas y profundizar en lo que se considere relevante una vez que haya terminado, o confrontarlo cuando esté más receptivo y no se encuentre emocionalmente abrumado. Este enfoque implica reconocer los propios sentimientos y pensamientos que el paciente o su situación nos generan, diferenciándolos de los suyos.

En cuanto a la aplicación de los principios éticos en cuidados intensivos, las enfermeras intensivistas percibieron que es fundamental el principio de no maleficencia, lo que implica evitar causar daño al paciente en la medida de lo posible. Este dato converge con el aporte de Svantesson, Griffiths, White, Bassford y Slowther⁷⁴, quienes encontraron que el valor ético

fundamental en cuestión era el de reducir o resguardar a los pacientes del perjuicio (no maleficencia). La obligación de prevenir el daño estaba en conflicto debido a las demandas o intereses posiblemente contradictorios del paciente remitido y otros pacientes que necesitaban la atención del especialista en cuidados intensivos. Igualmente, converge con los resultados reportados por Varkey⁴⁷, quien indicó que el principio de no maleficencia consiste en que los profesionales de salud no deben perjudicar a sus pacientes y deben procurar evitar acciones que puedan ocasionar lesiones o perjuicios.

Por lo tanto, la Comisión de Bioética de Castilla y León⁷⁵, informó que la relación entre riesgo/beneficio o perjuicio/beneficio proporciona información sobre la efectividad de un procedimiento y, por lo tanto, sobre su indicación o contraindicación. Los procedimientos que implican un daño grave o exponen al paciente a un alto riesgo y ofrecen un beneficio muy reducido (o ninguno) se consideran contraindicados. La indicación o contraindicación es un juicio técnico que corresponde a los especialistas, quienes en ningún caso deben implementar medidas contraindicadas, aunque el paciente o su representante lo soliciten. Al evitar estas medidas, se busca no causar perjuicio al paciente, en cumplimiento del principio de no maleficencia.

Entretanto, las enfermeras intensivistas reportaron que el principio de beneficencia implica buscar el bien del paciente a través de procedimientos y tratamientos adecuados, entre ellos, aplicar principios de seguridad, administrar medicamentos de forma adecuada y atender las necesidades espirituales. Este resultado es compatible con la investigación de Cheraghi, Valizadeh, Zamanzadeh, Hassankhani y Jafarzadeh⁷⁶, quienes revelaron que una acción benéfica fomenta el progreso y el bienestar de los pacientes, y las enfermeras deben proporcionar cuidado profesional para optimizar la recuperación de los mismos. Además, la beneficencia positiva se divide en tres partes: prevenir el mal o perjuicio; eliminar el mal o perjuicio; y realizar o promover el bien. A diferencia de lo investigado por Álvarez, Riaño, López y Gomezese⁷⁷, quienes revelaron que la beneficencia se fundamenta en la obligación de actuar en el mejor interés del paciente. Por lo tanto, es responsabilidad del profesional de la salud definir y evaluar, a través de su juicio moral, las normas y criterios para la toma de decisiones en el contexto clínico, según las circunstancias específicas del paciente. En ese sentido, el Grupo de Trabajo de Bioética de la Semicyuc⁷⁸, indicó que la distribución de recursos limitados en medicina crítica, se deben adoptar decisiones de manera equitativa y basadas en razones de salud pública, sin emplear criterios que discriminen a las personas. Esto

significa que se debe garantizar una distribución justa de los beneficios y las cargas, haciendo un uso eficiente de los recursos disponibles.

Respecto a la autonomía y el respeto al paciente, las enfermeras intensivistas refirieron que la empatía y reconocer el papel importante de la familia es importante para el bienestar del paciente en la unidad de cuidados intensivos. Este resultado converge con el estudio aplicado por Hendriks, Willemsen, Sartor y Hoonhout⁷⁹, quienes destacaron que la toma de decisiones en cuidados intensivos es compleja y requiere mucho tiempo, parte de ella se estandariza para ayudar a prevenir errores, por lo que, el uso de fuentes de información ofrece una visión general de las distintas fuentes de datos y su aplicación que permiten mantener la autonomía del paciente. Por el contrario, Taleghani, Dehbozorgi, Babashahi, Monemian y Masoumi⁸⁰, evidenciaron que las repercusiones de la autonomía en las UCI incluyeron un aumento en la responsabilidad, reconocimiento, incentivo para proseguir con la formación, puesta en práctica de ideas innovadoras, realización de proyectos de investigación, fortalecimiento del criterio clínico y del pensamiento crítico. Por consiguiente, los cuidados de enfermería deben basarse en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con el objetivo de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la capacidad, conocimientos o motivación necesarios para que pueda satisfacerlas por sí misma⁸¹.

Otro punto es que, las enfermeras intensivistas de un hospital público percibieron que la justicia en la atención médica se refleja en tratar a todos por igual, sin importar preferencias personales, y según sus necesidades individuales. Este hallazgo es similar al estudio aplicado por Rubio, Estella, Cabre, Saralegui-Reta, Martín, Zapata, et al⁸², quienes demostraron que implementar el criterio de justicia para todos los pacientes de manera homogénea, y no solo de forma selectiva en base a su perfil geriátrico o a problemas crónicos de salud. Entretanto, el estudio de García-Martínez, Rebolledo-Malpica, Pérez-Ruiz, Arteaga-Yanez, Condo-León, Muñiz-Granoble⁸³, evidenciaron que las enfermeras consideraron al paciente en condición vulnerable e inconsciente es tan relevante como cualquier otro, lo que demuestra un aspecto ético que proporciona cuidados con equidad y autonomía. Por su parte, el Ministerio de Salud⁸⁴, afirmó que, aunque las personas son responsables de sus acciones, no pueden ser culpadas por fallos sistémicos fuera de su control. La cultura justa aborda actos no intencionales, pero no tolera comportamientos deliberadamente riesgosos que pongan en peligro a los pacientes, y en estos casos, la sanción es necesaria.

Referente a la tercera categoría “Identificación precoz de las necesidades de los pacientes en cuidados paliativos” se encontró que la enfermera intensivista debe comprender a fondo la enfermedad que limita la vida para optimizar el bienestar y la calidad de vida, este dato es similar al aporte de Turnbull, Bosslet y Kross⁸⁵, quienes revelaron que las intervenciones dirigidas a fomentar una atención en la UCI alineada con los objetivos suelen enfocarse en la calidad de la comunicación entre los médicos y los familiares durante las reuniones familiares. En contraste, los hallazgos de Held y Moss⁸⁶, aportaron que los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos pueden sufrir deterioro físico, cognitivo, de salud mental y de calidad de vida asociado con su hospitalización. Respecto a ello el Ministerio de Salud⁸⁷, declaró que la provisión de cuidados de alta calidad a estos pacientes depende de la adecuada combinación de varios factores como un enfoque estructurado e integral por parte del intensivista, orientado a identificar, evaluar, integrar y establecer un conjunto de prioridades; y un espacio físico exclusivo, equipado con todos los sistemas de monitoreo e intervención necesarios para el diagnóstico y tratamiento.

En relación con la higiene diaria del paciente crítico y en especial del paciente en estado terminal, las enfermeras intensivistas resaltaron la importancia de aplicarlo bajo condiciones de seguridad para asegurar su comodidad y mantener la integridad de su piel y mucosas. Este dato es similar al estudio realizado por Decormeille, Maurer-Maouchi, Mercier, Debock, Lebrun, Rouhier, et al⁸⁸, quienes evidenciaron que los cuidados de enfermería relacionados con la higiene personal incluyen procedimientos diseñados para mejorar la comodidad del paciente, lo cual implicó actividades como el aseo corporal, el cambio de sábanas, la limpieza de la piel y la atención a la higiene bucal. Por su parte, la investigación aplicada por Pérez-Ortega, Vallés, Barrera, Venturas y Zabalegui⁸⁹, demostró que algunos de los pacientes nunca habían recibido procedimientos de higiene en cama, incluso, se sentían avergonzados de someterse a esta actividad. Según la Gerencia Regional de Salud del Cusco⁹⁰, el procedimiento de aseo del paciente consiste en limpiar la boca con cepillo y pasta dental si colabora, o realizar un lavado bucal en caso de que esté semiinconsciente o desorientado, enjuagando con clorhexidina. Después, se coloca al paciente de lado para asear la espalda y los glúteos, y se procede con la limpieza de las piernas y pies, prestando especial atención entre los dedos. A continuación, se limpia la zona genital, cubriéndose de nuevo al finalizar, y se realiza el cambio de ropa de cama.

Asimismo, los discursos revelaron la importancia de la movilización del paciente como una estrategia clave para minimizar el dolor y prevenir complicaciones como la formación de úlceras por presión. Este aporte converge con lo encontrado por Ashkenazy, Ganz, Kuniavsky, Jakobson, Levy, Avital, et al⁹¹, en el que la modificación de postura fue el nivel más alto de desplazamiento informado en las 24 horas previas al día de recopilación de información o 48 horas desde el ingreso. Asimismo, algunos de los pacientes fueron señalados como que presentaban contraindicaciones para levantarse de la cama. No obstante, más de la mitad de las unidades indicaron que permiten a los pacientes intubados levantarse de la cama. Sin embargo, diverge de la investigación de Zhang, Hu, Cai, Liu, Wu, Deng, et al⁹², quienes manifestaron que la movilización temprana no mejoró la tasa de mortalidad en la UCI, la mortalidad en el hospital ni las tasas de fallecimiento a los 28 días en este estudio. De acuerdo con el Comité de Seguridad del Paciente⁹³, quien afirmó que la movilización restaura o mantiene la fuerza muscular incluso en períodos prolongados de inactividad, además, las técnicas de estiramiento durante la inmovilización podrían retrasar la atrofia y así postergar la acumulación de proteínas no contráctiles en músculos y tendones.

También, las enfermeras intensivistas destacaron la importancia de abordar no sólo los aspectos físicos, sino también el bienestar espiritual y psicosocial de los pacientes, este dato es compatible con la investigación realizada por Rego y Nunes⁹⁴, en el que la espiritualidad se reconoció como un elemento clave en la salud y el bienestar integral en los cuidados paliativos, se percibió como una sensación de tranquilidad interna y la búsqueda de un propósito y conexión con lo trascendental. Entre otras ideas, Michel, Seipp, Kuss, Hach, Kussin, Riera-Knorrenschild, et al⁹⁵, señalaron que el respaldo psicosocial y organizativo tuvo un rol significativo en la atención de los familiares en la unidad de cuidados paliativos; esto también se manifestó mediante la delegación de la responsabilidad del cuidado por parte de los familiares, entre otros aspectos. El apoyo psicosocial se ofreció a través de conversaciones, asistencia del personal, acompañamiento psicológico e interacción con otros familiares de pacientes en cuidados paliativos. Conforme con la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos⁹⁶, el propósito fundamental de los cuidados paliativos es brindar consuelo, bienestar y ofrecer un acompañamiento integral a los pacientes y sus familias durante el proceso de enfermedad crónica, progresiva y limitante de la existencia, atendiendo a sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida en la medida de lo posible.

En cuanto a la cuarta categoría “La familia pilar básico para brindar cuidados paliativos”, las enfermeras intensivistas revelaron un compromiso profundo con la atención integral tanto del paciente como de su familia, mantuvieron como enfoque principal brindar la mejor atención posible a ambos. Este hallazgo es semejante al aporte de Molina-Mula y Gallo-Estrada⁹⁷, cuyo estudio reveló que existe un efecto directo en la calidad de la atención dependiendo del tipo de vínculo con el paciente, la enfermera admite que una relación adecuada mejora la calidad y los resultados de sanación en el paciente e integración de la familia. De la misma forma, Fang y Tanaka⁹⁸, hallaron que durante los cuidados paliativos existen mecanismos para respaldar las necesidades de quienes están cerca (incluyendo a los familiares y/o cuidadores no formales) Según el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria⁹⁹, la familia tiene valor propio y puede necesitar apoyo para manejar sus inquietudes, son ellos quienes suelen proponer el pacto de silencio, pero siempre se debe investigar el nivel de información que el paciente posee y la postura de la familia, ya sea directamente con el paciente o a través de los profesionales.

En el mismo orden de ideas, las enfermeras resaltaron la necesidad de informar a pacientes y familiares sobre la administración de medicamentos sedantes y procedimientos invasivos, como la colocación de un catéter para morfina, para mitigar el dolor y la agitación. Este dato es similar a la investigación de Michels, Schallenburger, Neukirchen, Janssens¹⁰⁰, en la cual el enfoque paliativo se orienta al paciente y su familia, buscando aliviar los síntomas, disminuir el sufrimiento y optimizar la calidad de vida y el bienestar. Igualmente, el estudio de Robbins, Beilman, Ditta, Benner, Rosielle, Chipman, et al¹⁰¹, afirmó que la consulta de exámenes previos a la cirugía en familiares de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos se vinculó con una mayor probabilidad de finalizar la documentación de planificación anticipada y tranquilidad en el entorno. Entretanto, la Asociación Salvadoreña para el Estudio¹⁰², manifestó que se debe informar a la familia sobre la evolución, posible sedación paliativa y pronóstico del paciente mediante una llamada telefónica, identificando al responsable, proporcionando información clara y mostrando empatía hacia las emociones del familiar. Además, se recomienda hablar despacio y con un tono suave, y alentar el uso de recursos espirituales para enfrentar la situación.

Incluso, las enfermeras aseguraron que la mejor calidad de vida posible para el paciente se enfoca en su bienestar en lugar de la curación, mientras aún tenga tiempo de vida. Este resultado converge con el hallazgo de Hugar, Wulff-Burchfield, Winzelberg, Jacobs y

Davies¹⁰³, en el que las ventajas de los cuidados paliativos concurrentes anticipados abarcan una superior calidad de vida, bienestar físico y espiritual, mayor satisfacción del paciente y del cuidador, utilización de servicios de atención médica alineados con los objetivos. En contraste, el estudio de Michels, Schallenburger, Neukirchen, Janssens¹⁰⁰, verificó que la orientación primordial de los cuidados paliativos es una excelente terapia de mitigación de los síntomas para conservar la mejor calidad de vida posible. De acuerdo a ello, Seguro Social de Salud¹⁰⁴, sostuvo que los cuidados paliativos representan los métodos para optimizar la calidad de vida en los pacientes con enfermedades potencialmente fatales. En este contexto, dichos métodos se centran de forma multidisciplinaria en los síntomas principales que afectan a los pacientes en fase terminal.

Conforme a la quinta categoría “Limitación para llevar a cabo los cuidados paliativos falta de normativas, insumos e infraestructura para proporcionar el cuidado”, la escasez de medicamentos esenciales, las deficiencias en la infraestructura y la falta de normativas claras para fortalecer los cuidados paliativos. Este resultado es similar al estudio de Ooms, Van, De Kant, Van, Mantel-Teeuwisse y Reed¹⁰⁵, en el cual se evidenció la escasez general de atención a las cuestiones vinculadas con la disponibilidad de los medicamentos, la inaccesibilidad de los fármacos es un inconveniente que impacta a todo el sistema, dado que muchos de los fármacos que figuran en las listas nacionales de medicamentos fundamentales son inalcanzables cuando no se encuentran en el sector público o no son reembolsados. También, es compatible con la investigación de Pettus, Cleary, Lima, Ahmed y Radbruch¹⁰⁶, señalaron que la carencia de acceso a fármacos fundamentales para cuidados paliativos es un asunto crítico de salud pública, y los opioides, en especial la morfina, como indispensables para el alivio del sufrimiento intenso relacionado con la salud. En este contexto, la Fundación Salud por Derecho y la Organización de Consumidores y Usuarios¹⁰⁷, afirmó que es común que las compañías farmacéuticas lleven a cabo retiradas voluntarias de fármacos como parte de su plan comercial: al considerar mercados más lucrativos, para influir en las autoridades en la negociación de precios o para facilitar la entrada en el mercado de otros productos de mayor atractivo comercial para la empresa.

Por otra parte, las normas internas a menudo restringen esta presencia, limitando el apoyo emocional necesario y dificultando el acompañamiento y el consuelo. Este resultado es compatible con el hallazgo de Korsah y Schmollgruber¹⁰⁸, las enfermeras describieron el ambiente actual de cuidados intensivos como poco propicio para ofrecer una atención de

calidad al final de la vida tanto a los pacientes como a sus familiares. En cambio, la investigación de Rao, Salins, Joshi, Patel, Remawi, Simha, et al¹⁰⁹, demostró que está vinculada con la legalidad de estas prácticas en los sistemas de sus respectivos países (o la percepción de no estar amparados por el marco legal), sin embargo, el número de personal no obtuvo gran influencia. Según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores¹¹⁰, el enfoque se centra en el alivio del malestar corporal, mental y espiritual que surge a raíz de la enfermedad, su tratamiento o la cercanía de la muerte. Además, el método paliativo debe elaborarse en función de los objetivos y preferencias del paciente y su entorno familiar, de esta manera, con el respaldo de los expertos en salud, deben ser capaces de tomar decisiones basadas en información adecuada.

Asimismo, según la percepción de las participantes existe una baja proporción de enfermeras por paciente, con una enfermera asignada a tres pacientes, dificulta la atención continua y personalizada, esencial en el manejo del dolor y cuidados paliativos. Este resultado coincide con lo expresado por Almenyan, Albuduh y Al-Abbas¹¹¹, quien aseguró que las enfermeras destacan incidentes desfavorables con los pacientes en la UCI como consecuencia de la disminución del cuidado de enfermería, tales como el fallecimiento, el incremento de la duración de la hospitalización y la adquisición de infecciones nosocomiales. De igual manera, la investigación de Sharma y Rani¹¹², demostraron que la relación enfermera-paciente para las unidades de terapia intensiva sugerida fue considerablemente más baja, es decir, solo 1:3 o 1:1. De acuerdo a lo expuesto, el Ministerio de Sanidad¹¹³, confirmó que dos enfermeras dedican el 50% de sus horas laborales semanales a la atención domiciliaria mediante visitas y

seguimiento, incluso, se incluye el tiempo dedicado a la atención de consultas telefónicas, lo cual, interfiere en el cuidado proporcionado a cada paciente.

Conclusiones

Por lo tanto, las enfermeras intensivistas perciben el cuidado paliativo como un enfoque integral y multidimensional que se centra en el alivio del dolor y el bienestar general del paciente. Este cuidado implica una evaluación continua, la implementación de intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas, y la adaptación de tratamientos según las necesidades individuales. La atención no solo se dirige a controlar el dolor físico, sino

también a abordar sus aspectos emocionales y espirituales, garantizando un confort óptimo hasta el final de la vida.

También, las enfermeras intensivistas entienden el cuidado paliativo como un enfoque integral que combina la empatía, el respeto por la dignidad, y el cumplimiento de principios éticos como la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Este enfoque humanizado y holístico prioriza tanto el bienestar físico, emocional y espiritual del paciente como el de su familia, destacando la importancia de proporcionar una atención individualizada, segura y equitativa hasta el final de la vida. Las enfermeras valoran el trato cercano, la comunicación activa y la imparcialidad en la administración de recursos y decisiones médicas, asegurando una muerte digna y respetuosa para cada paciente.

Además, se percibe el cuidado paliativo como un enfoque integral que prioriza el bienestar físico, emocional, espiritual y psicosocial del paciente en la UCI. Su dedicación se refleja en la atención a la comodidad, higiene personal y movilidad del paciente, así como en la rápida respuesta ante complicaciones críticas. Además, valoran la importancia del apoyo espiritual y la atención personalizada, reconociendo la influencia de la fe en el alivio del sufrimiento. Este compromiso con el cuidado holístico y humanizado asegura que cada paciente reciba una atención digna y compasiva hasta el final de su vida.

De la misma forma, se evidencia el compromiso con un enfoque compasivo y holístico en el cuidado paliativo, que prioriza el bienestar y la calidad de vida del paciente sobre la curación. Este enfoque incluye no solo el alivio del dolor y la agitación mediante intervenciones médicas adecuadas, sino también una atención sensible a las necesidades emocionales y espirituales tanto del paciente como de su familia. Además, subrayan la importancia de la comunicación clara y continua con los pacientes y sus familiares sobre los tratamientos, lo que refuerza la transparencia y la confianza en el proceso de atención.

Por último, las enfermeras intensivistas enfrentan múltiples desafíos que afectan la calidad del cuidado paliativo, incluyendo la escasez de recursos esenciales, limitaciones en infraestructura y normativas, alta carga de trabajo y restricciones en la presencia familiar. La comunicación con pacientes críticos, especialmente aquellos intubados y sedados, también se ve afectada, dificultando la atención personalizada. A pesar de estas barreras, las enfermeras se esfuerzan por ofrecer un cuidado efectivo, utilizando indicadores clínicos para minimizar el

sufrimiento. Sin embargo, estas dificultades resaltan la necesidad urgente de mejorar las políticas y recursos en el ámbito del cuidado paliativo para apoyar el bienestar integral del paciente.

Recomendaciones

A las enfermeras intensivistas, continuar desarrollando un enfoque multidimensional en el cuidado paliativo, integrando evaluaciones rigurosas y continuas de las necesidades físicas, emocionales y espirituales de los pacientes. Se sugiere que sigan promoviendo la empatía y la comunicación efectiva con las familias, incluso en situaciones críticas, para aliviar el sufrimiento y proporcionar un entorno de confort.

A las instituciones de salud, revisar y fortalecer la infraestructura y los recursos disponibles, garantizando el acceso a medicamentos esenciales y suministros básicos, así como revisar las políticas de visitas familiares para mejorar el apoyo emocional durante el proceso de atención. Invertir en un entorno que fomente la dignidad y la comodidad del paciente es crucial para proporcionar un cuidado paliativo de alta calidad.

A los futuros investigadores, investigar las barreras en el acceso a cuidados paliativos y el impacto de las políticas hospitalarias sobre la calidad de la atención. Además, es importante explorar el papel de la espiritualidad y el apoyo psicosocial en el bienestar de los pacientes y sus familias, para así contribuir a un enfoque más holístico y basado en la evidencia en el cuidado paliativo.

Referencias

1. Marca-Frances G, Frigola-Reig J, Menéndez-Signorini JA, Compte-Pujol M, Massana-Morera E. Definición de las necesidades de comunicación del paciente durante la hospitalización para mejorar la experiencia del paciente y la alfabetización sanitaria. BMC Health Serv Res [Internet]. 2020 [consultado 24 Nov 2024];20(1):1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-4991-3>
2. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. Washington (DC): Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2020 [consultado 24 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. Rubio O, Arnau A, Cano S, Subirà C, Balerdi B, Perea ME, et al. Limitación de las técnicas de soporte vital al ingreso a la unidad de cuidados intensivos: un estudio de cohorte prospectivo multicéntrico. J Cuidados Intensivos [Internet]. 2018 [consultado 24 Nov 2024];6(1):1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40560-018-0283-y>
4. Díaz M, García P, García R, García B. Cuidados paliativos en el paciente oncológico: cuestiones legales. Revista para profesionales de la salud [Internet]. 2019 [consultado 24 Nov 2024];2(21):70–90. Disponible en: <https://bit.ly/44VDpsN>
5. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. “Una de las razones de la precariedad que existe en el acceso a los cuidados paliativos en España es la falta de reconocimiento de la especialidad” [Internet]. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos; 2021 [consultado 24 Nov 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3sCBLPm>
6. Comunidad de Madrid. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Madrid: Portal de la salud; 2018 [consultado 24 Nov 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3PKX1eZ>
7. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Estadísticas mundiales sobre el cáncer 2020: estimaciones de GLOBOCAN de incidencia y mortalidad en todo el mundo para 36 cánceres en 185 países. CA Cancer J Clin [Internet]. 2021 [consultado 24 Nov 2024];71(3):209–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21660>
8. Alonso C. Análisis, evaluación y propuesta de creación de una unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - 2019 [tesis de posgrado]. [Huancayo]: Universidad Continental; 2022 [consultado 24 Nov 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3PuWyxm>

9. Muro-García E, Reque-Chafloque A, Leguía-Cerna J. Calidad de vida en pacientes oncológicos en cuidados paliativos de dos hospitales de Lambayeque. 2019 - 2020. Rev Exp Med [Internet]. 2022 [consultado 24 Nov 2024];8(2):1-7. Disponible en: <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/viewFile/589/344>
10. Arias M, Arredondo E, Posada C. Impacto de una estrategia educativa para la enseñanza en línea del cuidado paliativo: mediante el análisis de métodos mixtos. Hacia Promoc Salud [Internet]. 2022 [consultado 24 Nov 2024];27(2):102–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.8>
11. Souza G, de Oliva TM, Guerrero-Castañeda RF, Santos MG, Pithon AM, Batista I, et al. La enfermera en los cuidados paliativos en unidades de cuidados intensivos una Teoría del Final de Vida Pacífico. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2022 [consultado 24 Nov 2024];38(3):1-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000300011
12. Monje V, Miranda C, Oyarzún G, Seguel P, Flores G. Percepción del cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. Cienc Enferm [Internet]. 2018 [consultado 24 Nov 2024];24(1):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>
13. Freitas J, Silva A, Minamisava R, Bezerra A, Sousa M. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2014 [consultado 24 Nov 2024];22(3):454–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>
14. Arzapalo P, Arevalo R. La percepción del familiar sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos en un instituto especializado de Junín 2021 [tesis de pregrado]. [Lima]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2021 [consultado 24 Nov 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5326>
15. Muro E, Reque A, Leguía J. Calidad de vida en pacientes oncológicos sometidos a cuidados paliativos en dos hospitales de Lambayeque. 2019-2020 [tesis de pregrado]. [Chiclayo]: Universidad de San Martín de Porres; 2022 [consultado 24 Nov 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.37065/rem.v8i2.589>
16. Diario Oficial El Peruano. Ley que crea el plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas [Internet]. Lima: Comisión Permanente del Congreso de la República; 2018 [consultado 24 Nov 2024]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1693156-1>

17. Consejería de Salud y Consumo. La importancia de los cuidados paliativos se revaloriza en tiempos de pandemia [Internet]. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2020 [consultado 24 Nov 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3P9WbH5>
18. Bello CB, Ogunlade OB, Esan DT, Ijabadeniyi OA, Bello AC. Percepción del apoyo de las enfermeras entre los familiares de pacientes hospitalizados en un centro de salud terciario en el suroeste de Nigeria. SAGE Enfermería Abierta [Internet]. 2023 [consultado 24 Nov 2024];9(1):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/23779608231160479>
19. Acurio-Barre S, Quijije-Chavez V. El rol de la enfermería en los cuidados paliativos. Rev. Dom. Cien. [Internet]. 2022 [consultado 24 Nov 2024]; 8(2):520-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8637970.pdf>
20. Fhon JRS, Silva LM, Rodrigues RAP, Carhuapoma AME. Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2018 [consultado 24 Nov 2024]; 8(3):28-36. Disponible en: <https://bit.ly/3PPstsF>
21. 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 Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2021 [consultado 24 Nov 2024];38(4):569–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.9288>
22. Gutiérrez DE, Lázaro E. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en servicios de medicina. Chiclayo. 2018. Rev. Acc. Cietna [Internet]. 2019 [consultado 24 Nov 2024];6(2):68–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35383/cietna.v6i2.258>
23. Briceño G. Importancia de la percepción en el aprendizaje: concepto, etapas, tipos y componentes [Internet]. Madrid: Fundación Aucal Business School; 2021 [consultado 24 Nov 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3tdbAio>
24. Sánchez-Márquez, N. I. Sensación y percepción: una revisión conceptual (Generación de contenidos impresos N.º 12). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2019 [consultado 24 Nov 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.16925/genc.11>
25. Salcedo DM, López JJ, Fuentes BJ, Salcedo DJ. La percepción sensorial, la cognición, la interactividad y las tecnologías de información y comunicación (TIC) en los

- procesos de aprendizaje. Rev. Reciamuc [Internet]. 2022 [consultado 21 Set 2023];6(2):388–95. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.388-395](http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.388-395)
26. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefiniendo los cuidados paliativos: una nueva definición basada en el consenso. J Manejo de síntomas de dolor [Internet]. 2020 [consultado 21 Set 2023];60(4):754–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
27. Santacruz JG, Martínez LF. Cuidados paliativos: conceptos básicos. Rev Nutr Clin Metab [Internet]. 2021 [consultado 21 Set 2023];4(2):14–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35454/rncm.v4n2.212>
28. Sánchez M, Rojas C. Manual básico de enfermería paliativa [Internet]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2022 [consultado 22 Set 2023]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2022/6/Manual-Basico-de-enfermeria-paliativa.pdf>
29. National Institute of Nursing Research. Cuidados paliativos. El alivio que necesita cuando tiene una enfermedad grave [Internet]. Madrid: Institutos Nacionales de la Salud; 2020 [consultado 22 Set 2023]. Disponible en: <https://www.ninr.nih.gov/sites/files/docs/cuidadospaliativos.pdf>
30. Gómez M. Competencias profesionales de la enfermera intensivista [tesis de posgrado]. [Toluca]: Universidad Autónoma del Estado de México; 2017 [consultado 22 Set 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/67521>
31. Agnese B, Daniel A, Pedrosa R. Comunicar malas noticias en la práctica de enfermería: una revisión integradora. Rev. Einstein [Internet]. 2022 [consultado 07 Set 2023];20. Disponible en: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2022rw6632
32. Martínez-Sabater A, Chover-Sierra P, Chover-Sierra E. Conocimientos de las enfermeras españolas sobre cuidados paliativos. Una encuesta nacional en línea. Int J Environ Res Salud Pública [Internet]. 2021 [consultado 07 Set 2023];18(21):11227. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182111227>
33. Espejo D. Elementos bioéticos en cuidados paliativos [Internet]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2018 [consultado 07 Set 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/3sxCZM2>
34. Pontificia Universidad Católica del Perú. La Investigación Descriptiva con Enfoque Cualitativo en Educación [Internet]. San Miguel: Facultad de Educación PUCP; 2022 [consultado 9 Oct 2023]. 15 p. Disponible en: <https://bit.ly/45wOJvO>

35. Berenguera A, Fernández de Sanmamed J, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender: Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol). 2014 [consultado 9 Oct 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/3KR4aHG>
36. Hernández CE, Carpio N. Introducción a los tipos de muestreo. Revista Científica del Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2019 [consultado 18 May 2024];2(1):75–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
37. Ortega J. ¿Cómo saturamos los datos? una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. Rev. Inter. Ciencia [Internet]. 2020 [consultado 18 May 2024];45(&):293-99. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/339/33963459007/html/>
38. Gobierno Regional Lambayeque. Hospital “Las Mercedes” Chiclayo [Internet]. Chiclayo: Gobierno Regional Lambayeque; 2022 [consultado 15 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/regionlambayeque>
39. Silva Velloso I, Soares J. Critérios e estratégias de qualidade e rigor na pesquisa qualitativa. Cienc Enferm [Internet]. 2020 [consultado 15 Oct 2023];26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29393/ce26-22ceis20022>
40. Díaz-Muñoz G. Metodología del estudio piloto. Rev Chil Radiol [Internet]. 2020 [consultado 15 Oct 2023];26(3):100–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-93082020000300100>
41. Sgreccia E. Manual de bioética: La bioética y sus principios. 4a ed. Madrid: Series BAC Maior; 2014 [consultado 29 Oct 2023]. 879p.
42. Tredgett KM. Pain control in palliative care. Medicine (Abingdon) [Internet]. 2020 [consultado 18 Jun 2024];48(1):2–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2019.10.003>
43. Arantzamendi M, Belar A, Payne S, Rijpstra M, Preston N, Menten J, et al. Clinical aspects of palliative sedation in prospective studies. A systematic review. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2021 [consultado 18 Jun 2024];61(4):831-844.e10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022>
44. Zurriaráin RG. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. Pers Bioet [Internet]. 2019 [consultado 18 Jun 2024];23(2):180–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.2>

45. Peralvo GL, Ramírez GI. Cuidado de enfermería humanizado al paciente paliativo en la estancia hospitalaria. *Salud Cienc Tecnol* [Internet]. 2022 [consultado 18 Jun 2024];2:1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.56294/saludcyt2022161>
46. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract* [Internet]. 2021 [consultado 09 Set 2024];30(1):17–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000509119>
47. Arenas-Massa Á, Nocetti-de la Barra A, Fraile-Ducviq CG. Espiritualidad en el contexto de cuidados paliativos oncológicos dirigidos a personas mayores. *Pers Bioet* [Internet]. 2020 [consultado 18 Jun 2024];24(2):136–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2020.24.2.2>
48. Aldasoro E, Mahtani V, Sáenz de Ormijana A, Fernández E, González I, Martín R, et al. Necesidades en cuidados paliativos de las enfermedades no oncológicas. Un estudio cualitativo desde la perspectiva de profesionales, pacientes y personas cuidadoras [Internet]. Madrid: Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2012 [consultado 03 Jun 2024]. 28 p. Disponible en: <https://bit.ly/3W7vgjL>
49. Association of Ontario. A palliative approach to care in the last 12 months of life. [Internet]. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2020 [consultado 03 Jul 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/4eOwOqk>
50. Pérez-Ortega S, Parellada-Vendrell M, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Perspectiva de género en la realización de la higiene en cuidados intensivos cardiológicos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2024 [consultado 18 Jun 2024]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2023.12.002>
51. Xue J, Gu X, Jiang L, Cheng N, Huang Q, Wang M. Summary of the best evidence for postural change in the prevention of pressure injury in critically ill adult patients. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2021 [consultado 20 Jun 2024];10(11):11445–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/apm-21-2521>
52. Palma A, Taboada P, Nervi F. *Medicina paliativa y cuidados continuos* [Internet]. 1 ed. Santiago: Ediciones universidad católica de Chile; 2010 [consultado 03 Jul 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3RPEnmT>
53. Espíndola AV, Quintana AM, Farias CP, München MAB. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Rev Bioét* [Internet]. 2018 [consultado 18 Jun 2024];26(3):371–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018263256>

54. Runzer-Colmenares F, Parodi J, Perez-Agüero C, Echegaray K, Samamé J. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. *Acta méd. Peru* [Internet]. 2019 Abr [consultado 18 Jun 2024];36(2):134-44. Disponible en: <https://bit.ly/45wbRMA>
55. De Antueno P, Silberberg A. Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. *Pers Bioet* [Internet]. 2018 [consultado 03 JUL 2024];22(2):367–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.12>
56. Blanco EG, Chavarría GF, Garita YM. Manejo multimodal del dolor crónico. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2021 [consultado 20 Jun 2024];6(4):e625. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v6i4.625>
57. Ponti E, Saez N, Angeloni L, Álvarez M, Mincone F, Cicerone F. Conocimiento de Enfermería en la valoración y revisión continua de los síntomas en cuidados paliativos. *Educ Med Super* [Internet]. 2019 Sep [consultado 20 Jun 2024];33(3). Disponible en: <https://bit.ly/4ewOJKg>
58. Centro de Defensa de Mejores Prácticas de Nueva Zelanda. Manejar el dolor en los últimos días de vida [Internet]. Nueva Zelanda: Agencia de Control del Cáncer; 2023 [consultado 20 Jun 2024]. Disponible en: <https://bpac.org.nz/2023/last-days-of-life/docs/ldol-pain.pdf>
59. Tagami K, Chiu S-W, Kosugi K, Ishiki H, Hiratsuka Y, Shimizu M, et al. Cancer pain management in patients receiving inpatient specialized palliative care services. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2024 [consultado 20 Jun 2024];67(1):27-38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.09.015>
60. Azhar A, Hui D. Management of physical symptoms in patients with advanced cancer during the last weeks and days of life. *Cancer Res Treat* [Internet]. 2022 [consultado 20 Jun 2024];54(3):661–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4143/crt.2022.143>
61. Waterfield D, Barnason S. Use of PADIS assessment tools by critical care nurses: An integrative review. *West J Nurs Res* [Internet]. 2021 [consultado 09 Sep 2024];43(9):843–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0193945920973025>
62. Temesgen N, Chekol B, Tamirie T, Eshetie D, Simeneh N, Feleke A. Adult sedation and analgesia in a resource limited intensive care unit – A Systematic Review and evidence based guideline. *Ann Med Surg (Lond)* [Internet]. 2021 [consultado 09 Sep 2024];66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102356>
63. Birkedal HC, Larsen MH, Steindal SA, Solberg MT. Comparison of two behavioural pain scales for the assessment of procedural pain: A systematic review. *Nurs Open*

- [Internet]. 2021 [consultado 09 Sep 2024];8(5):2050–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.714>
64. Bandeali S, des Ordons AR, Sinnarajah A. Comparing the physical, psychological, social, and spiritual needs of patients with non-cancer and cancer diagnoses in a tertiary palliative care setting. *Palliat Support Care* [Internet]. 2020 [consultado 01 Jul 2024];18(5):513–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s1478951519001020>
 65. Klimasiński M, Baum E, Praczyk J, Ziemkiewicz M, Springer D, Cofta S, et al. Spiritual distress and spiritual needs of chronically ill patients in Poland: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [consultado 01 Jul 2024];19(9):1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19095512>
 66. Universidad El Bosque. Manual básico de enfermería paliativa [Internet]. Bogotá: Centro de Diseño y Comunicación; 2022 [consultado 01 Jul 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/45Ohe9z>
 67. Campos VF, Silva JM, Silva JJ. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Rev Bioét* [Internet]. 2019 [consultado 01 Jul 2024];27(4):711–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019274354>
 68. Stephen M, Nyashanu M, Ossey-Nweze C, Serrant L. Exploring the perceptions of dignity among patients and nurses in hospital and community settings: an integrative review. *J Res Nurs* [Internet]. 2021 [consultado 01 Jul 2024];26(6):517–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1744987121997890>
 69. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días [Internet]. Madrid: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud; 2021 [consultado 01 Jul 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3XHwWtr>
 70. Al-Shamaly HS. Patterns of communicating care and caring in the intensive care unit. *Nurs Open* [Internet]. 2022 [consultado 09 Sep 2024];9(1):277–98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.1061>
 71. Madula P, Kalembo FW, Yu H, Kaminga AC. Healthcare provider-patient communication: a qualitative study of women’s perceptions during childbirth. *Reprod Health* [Internet]. 2018 [consultado 09 Sep 2024];15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0580-x>
 72. Comisión Sectorial de Enseñanza Universidad de la República Uruguay. Manual de Habilidades Avanzadas de la Comunicación para estudiantes de medicina del segundo

- trienio [Internet]. República Uruguay: Departamento de Psicología Médica; 2019 [consultado 09 Sep 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3XIENTJ>
73. Svantesson M, Griffiths F, White C, Bassford C, Slowther A. Ethical conflicts during the process of deciding about ICU admission: an empirically driven ethical analysis. *J Med Ethics* [Internet]. 2021 [consultado 09 Sep 2024];47(12):1-10. Disponible en: <https://jme.bmj.com/content/47/12/e87>
74. Comisión de Bioética de Castilla y León. Guía de adecuación del esfuerzo terapéutico [Internet]. Madrid: Junta de Castilla y León; 2019 [consultado 09 Sep 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/4e1EiWb>
75. Cheraghi R, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Hassankhani H, Jafarzadeh A. Clarification of ethical principle of the beneficence in nursing care: an integrative review. *BMC Nurs* [Internet]. 2023 [consultado 09 Sep 2024];22(89):1-0. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-023-01246-4>
76. Álvarez AM, Riaño JC, López J, Gomezese OF. Ethical principles and dilemmas in the discourse of healthcare practitioners involved with end-of-life care based on the Advanced Directives Document. *Colomb J Anesthesiol* [Internet]. 2022 [consultado 09 Sep 2024];3(51):1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5554/22562087.e1046>
77. Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. (SEMICYUC) [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias; 2020 [consultado 09 Sep 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/4glrWs>
78. Hendriks M, Willemsen MC, Sartor F, Hoonhout J. Respecting human autonomy in critical care clinical Decision Support. *Front Comput Sci* [Internet]. 2021 [consultado 09 Sep 2024];3:1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fcomp.2021.690576>
79. Taleghani F, Dehbozorgi R, Babashahi M, Monemian S, Masoumi M. Analysis of the concept of nurses' autonomy in intensive care units: A hybrid model. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2023 [consultado 09 Sep 2024];41(2):1-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v41n2e17>
80. Benites Y, Chacha D, Carchi E, Hurtado H, Castro M, Cruz D. Manual práctico de enfermería intensiva [Internet]. Quito: Mawil Publicaciones de Ecuador; 2021 [consultado 09 Sep 2024]. 2081 p. Disponible en: <https://bit.ly/3TmGvDq>
81. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin MC, Zapata L, et al. Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the

- exceptional situation of crisis by the COVID-19 pandemic: A rapid review & consensus of experts. *Med Intensiva (Engl Ed)* [Internet]. 2020 [consultado 09 Sep 2024];44(7):439–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2020.06.002>
82. García-Martínez M, Rebolledo-Malpica D, Pérez-Ruiz M, Arteaga-Yanez Y, Condo-León C, Muñoz-Granoble G. Bioethical foundations application for practice of critical care in ICU patients. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* [Internet]. 2019 [consultado 09 Sep 2024];38(2):211-26. Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/290>
83. Ministerio de Salud. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. Medellín: Dirección General del Proyecto; 2015 [consultado 09 Sep 2024]. 70 p. Disponible en: <https://bit.ly/4dOGGiq>
84. Turnbull AE, Bosslet GT, Kross EK. Aligning use of intensive care with patient values in the USA: past, present, and future. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2019 [consultado 09 Sep 2024];7(7):626–38. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2213-2600\(19\)30087-6](http://dx.doi.org/10.1016/s2213-2600(19)30087-6)
85. Held N, Moss M. Optimizing Post-Intensive Care Unit Rehabilitation. *Turk Thorac J*. 2019 [consultado 09 Sep 2024];20(2):147-152. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5152/turkthoracj.2018.18172>
86. Ministerio de Salud. Guía de funcionamiento y organización unidad de pacientes críticos adultos [Internet]. Santiago: División de Gestión de la Red Asistencial; 2020 [consultado 09 Sep 2024]. 4 p. Disponible en: https://www.medicina-intensiva.cl/site/docs/GUIA_UPC2020.pdf
87. Decormeille G, Maurer-Maouchi V, Mercier G, Debock S, Lebrun C, Rouhier M, et al. Adverse events in intensive care and continuing care units during bed-bath procedures: The prospective observational NURSIng during critical carE (NURSIE) study. *Crit Care Med* [Internet]. 2021 [consultado 09 Sep 2024];49(1):e20–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000000004745>
88. Pérez-Ortega S, Vallés EQ, Barrera JP, Venturas Nieto M, Zabalegui A. Emotional response of critically-ill cardiac patients during hygiene procedures in intensive care: a prospective and descriptive study. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2023 [consultado 09 Sep 2024];31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6808.4032>
89. Gerencia Regional de Salud del Cusco. Manual de procedimientos departamento de cuidados críticos servicio de cuidados intensivos e intermedios adultos [Internet].

- Cusco: Hospital Regional Del Cusco; 2021 [consultado 09 Sep 2024]. Disponible en: <https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/MAPRO-UCL.pdf>
90. Ashkenazy S, Ganz FD, Kuniavsky M, Jakobson L, Levy H, Avital IL, et al. Patient mobilization in the intensive care unit: Assessing practice behavior – A multi-center point prevalence study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2024 [consultado 09 Sep 2024];80(103510):103510. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103510>
91. Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, Deng Y, et al. Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2019 [consultado 09 Sep 2024];14(10):e0223185. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0223185>
92. Comité de Seguridad del Paciente. Manual de prevención y tratamiento de lesiones por presión [Internet]. Buenos Aires: Hospital Posadas; 2022 [consultado 25 Sep 2024]. 39 p. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/08/manual_lpp_2022_v.3_final.pdf
93. Rego F, Nunes R. The interface between psychology and spirituality in palliative care. *J Health Psychol* [Internet]. 2019 [consultado 25 Sep 2024];24(3):279–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316664138>
94. Michel C, Seipp H, Kuss K, Hach M, Kussin A, Riera-Knorrenschild J, et al. Key aspects of psychosocial needs in palliative care - a qualitative analysis within the setting of a palliative care unit in comparison with specialised palliative home care. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2023 [consultado 25 Sep 2024];22(1):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-023-01227-z>
95. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Psicología - Cuidados Paliativos [Internet]. Madrid: Comisión de Psicología de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativo; 2022 [consultado 25 Sep 2024]. 2 p. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Guia%20de%20psicologia%20en%20CP.pdf>
96. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J. Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [consultado 25 Sep 2024];17(3):835. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17030835>

97. Fang C, Tanaka M. An exploration of person-centred approach in end-of-life care policies in England and Japan. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2022 [consultado 25 Sep 2024];21(1):1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-022-00965-w>
98. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Cuidados paliativos: Guía para Atención Primaria [Internet]. Madrid: Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos; 2021 [consultado 25 Sep 2024]. 168 p. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:cf884739-e43c-4a8e-87e6-4a3c226acc0b/Cuidados_Paliativos.pdf
99. Michels G, Schallenger M, Neukirchen M, Janssens U. Recommendations on palliative care aspects in intensive care medicine. *Crit Care* [Internet]. 2023 [consultado 25 Sep 2024];27(1):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-023-04622-3>
100. Robbins AJ, Beilman GJ, Ditta T, Benner A, Rosielle D, Chipman J, et al. Mortality after elective surgery: The potential role for preoperative palliative care. *J Surg Res* [Internet]. 2021 [consultado 25 Sep 2024];266:44–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2021.04.003>
101. Asociación Salvadoreña para el Estudio. Guía práctica de cuidados paliativos en situación de Pandemia COVID-19 [Internet]. San Salvador: Asociación de Bioética de El Salvador; 2020 [consultado 25 Sep 2024]. 6 p. Disponible en: <https://bit.ly/4gBS8jR>
102. Hugar LA, Wulff-Burchfield EM, Winzelberg GS, Jacobs BL, Davies BJ. Incorporating palliative care principles to improve patient care and quality of life in urologic oncology. *Nat Rev Urol* [Internet]. 2021 [consultado 25 Sep 2024];18(10):623–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41585-021-00491-z>
103. Seguro Social de Salud. Lineamientos clínicos de manejo domiciliario de disnea en pacientes con enfermedad terminal [Internet]. Lima: Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación; 2019 [consultado 25 Sep 2024]. 5 p. Disponible en: <https://bit.ly/3XEB6bZ>
104. Ooms GI, van Oirschot J, de Kant D, van den Ham HA, Mantel-Teeuwisse AK, Reed T. Barriers to accessing internationally controlled essential medicines in sub-saharan Africa: A scoping review. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2023 [consultado 25 Sep 2024];118(104078):104078. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104078>

105. Pettus K, Cleary JF, de Lima L, Ahmed E, Radbruch L. Availability of internationally controlled essential medicines in the COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 [consultado 25 Sep 2024];60(2):e48–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.153>
106. Fundación Salud por Derecho y la Organización de Consumidores y Usuarios. El desabastecimiento y la escasez de medicamentos [Internet]. Buenos Aires: Asociación Acceso Justo al Medicamento; 2020 [consultado 25 Sep 2024]. 6 p. Disponible en: <https://bit.ly/3ZFuXil>
107. Korsah EK, Schmollgruber S. Barriers and facilitators to end-of-life care in the adult intensive care unit: A scoping review. *Int J Afr Nurs Sci* [Internet]. 2023 [consultado 25 Sep 2024];19(100636):100636. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijans.2023.100636>
108. Rao SR, Salins N, Joshi U, Patel J, Remawi BN, Simha S, et al. Palliative and end-of-life care in intensive care units in low- and middle-income countries: A systematically constructed scoping review. *J Crit Care* [Internet]. 2022 [consultado 25 Sep 2024];71(154115):154115. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2022.154115>
109. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. El acompañamiento espiritual en los cuidados paliativos es sinónimo de bienestar [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2022 [consultado 25 Sep 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/4dkIOhp>
110. Almenyan AA, Albuduh A, Al-Abbas F. Effect of nursing workload in intensive care units. *Cureus* [Internet]. 2021 [consultado 25 Sep 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.12674>
111. Sharma S, Rani R. Nurse-to-patient ratio and nurse staffing norms for hospitals in India: A critical analysis of national benchmarks. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2020 [consultado 25 Sep 2024];9(6):2631. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_248_20
112. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría [Internet]. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2022 [consultado 25 Sep 2024]. 129 p. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/09/gpc_618_cuidados_palitativos_pediatria_iacs_compl.pdf

Anexos



Anexo n° 01

Consentimiento para participar en un estudio de investigación dirigido a las enfermeras especialistas en cuidados intensivos

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigadora : Nayely Ariana Tejada Gómez
Título: : Percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024.

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a participar en este estudio con el objetivo de identificar, describir y analizar las percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

- a. Luego que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, las cuales serán grabadas en un grabador de voz, asignándole un seudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado 20 minutos. La entrevista se realizará a través de la modalidad presencial aplicando visitas en el Hospital Las Mercedes Chiclayo.
- b. Después de dos días, se le presentará la entrevista transcrita, para que verifique si está de acuerdo con lo que dijo sobre las percepciones del cuidado paliativo en las

enfermeras intensivistas

- c. En seguida se procesa la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted trabaja.
- d. Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

No se otorgará ningún beneficio directo al participante.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con seudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Nayely Ariana Tejada Gómez al

tel.937595085, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: comiteetica.medicina@usat.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

Anexo n° 02
Guía de entrevista semiestructurada dirigida a
las enfermeras especialistas en cuidados intensivos

PRESENTACIÓN:

Estimada participante, reciba un cordial saludo de la bachiller en enfermería Nayely Ariana Tejada Gómez, estudiante de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Actualmente, estoy investigando un tema denominado “Percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024”. Por lo tanto, solicito su participación y sinceridad en la siguiente entrevista que consta de datos generales y 8 preguntas, las respuestas serán grabadas únicamente con fines de investigación. Además, la información será manejada con seudónimos que asegurará la confidencialidad y la identidad de la persona.

I. DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Procedencia: _____ Religión: _____

Estado civil: _____

Grado académico: _____

Especialidad: _____

Años de experiencia laboral como enfermera: _____

Años de experiencia laboral en UCI: _____

Condición laboral: _____

II. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS:

1. ¿Cómo percibe usted los cuidados paliativos que brinda la enfermera especialista en cuidados intensivos?
2. ¿Qué situaciones de salud abarca el cuidado paliativo en la unidad de cuidados intensivos?
3. ¿Considera que el cuidado paliativo es diferente al cuidado de enfermería en otros servicios? ¿Por qué?
4. ¿Qué acciones realiza el enfermero intensivista al brindar los cuidados paliativos?
5. ¿Cuáles cree usted que son los beneficios que ofrece el cuidado paliativo en la unidad de cuidados intensivos?
6. ¿Cuál debería ser la actitud de una enfermera intensivista al brindar los cuidados paliativos?
7. ¿Qué limitaciones Ud. considera de importancia al impartir cuidados paliativos?
8. ¿Considera que al brindar los cuidados paliativos el enfermero intensivista debe considerar los principios bioéticos? ¿Cuáles? ¿Por qué?
9. ¿Desea aportar algo más acerca de los cuidados paliativos?

Anexo n° 03

Validación por juicio de expertos

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: colocar aquí el(los) instrumento(s)

Anexo n° 02

Guía de entrevista semiestructurada dirigida a las enfermeras especialistas en cuidados intensivos

PRESENTACIÓN:

Estimada participante, reciba un cordial saludo de la bachiller en enfermería Nayely Ariana Tejada Gómez, estudiante de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Actualmente, estoy investigando un tema denominado "Percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024". Por lo tanto solicito su participación y sinceridad en la siguiente entrevista que consta de datos generales y 8 preguntas, las respuestas serán grabadas únicamente con fines de investigación. Además, la información será manejada con seudónimos que asegurará la confidencialidad y la identidad de la persona.

Commented [1]: Saludo de Srta. Nayely.....

Commented [2]: Estudiante de enfermería de la

I. DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Procedencia: _____ Religión: _____

Estado civil: _____

Grado académico: _____

Especialidad: _____

Años de experiencia laboral como enfermera: _____

Años de experiencia laboral en UCI: _____

Condición laboral: _____

Commented [3]: SE SUGIERE AGREGAR CONDICION LABORAL

II. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS:

1. ¿Cómo define usted los cuidados paliativos que brinda la enfermera especialista en cuidados intensivos?

2. ¿Qué situaciones abarca el cuidado paliativo en la unidad de cuidados intensivos?

3. ¿Considera que el cuidado paliativo es diferente al cuidado de enfermería en otros servicios? ¿Por qué?

4. ¿Qué acciones realiza el enfermero intensivista al brindar los cuidados paliativos?

5. ¿Cuáles cree usted que son los beneficios que ofrece el cuidado paliativo en la unidad de cuidados intensivos?

6. ¿Cuál debería ser la actitud de una enfermera intensivista al brindar los cuidados paliativos?

7. ¿Considera que al brindar los cuidados paliativos el enfermero intensivista debe considerar los principios bioéticos? ¿Cuáles? ¿Por qué?

8. ¿Desea aportar algo más acerca de los cuidados paliativos?

Commented [4]: Se sugiere considerar la siguiente pregunta. ¿Cómo percibe usted los cuidados paliativos que brinda la enfermera especialista en cuidados intensivos?

Commented [5]: Se sugiere unir la pregunta 2 y 4 ¿Qué acciones realiza el enfermero intensivista al brindar los cuidados paliativos en la unidad donde labora?

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Dra. Mirian Elena Saavedra Covarrubia

Cargo de la Institución donde labora: Enfermera asistencial en el Hospital Belén Lambayeque

Años de servicio: 30 años Estudios de postgrado: Doctorado en Enfermería

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

- Se sugiere revisar los comentarios realizados en el documento de validación

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 30 de octubre del 2023

FIRMADO

Dra. Mirian Elena Saavedra Covarrubia

DNI. 16471329

Nota: Los resultados del juicio de expertos deberán ser trabajados con su asesora temática.

Actualizado en diciembre de 2021 por equipo docente de Tesis I de la Escuela de Enfermería USAT

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: colocar aquí el(los) instrumento(s)

Anexo n° 02

Guía de entrevista semiestructurada dirigida a las enfermeras especialistas en cuidados intensivos

PRESENTACIÓN:

Estimada participante, reciba un cordial saludo de la bachiller en enfermería Nayely Ariana Tejada Gómez, estudiante de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Actualmente, estoy investigando un tema denominado "Percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024". Por lo tanto solicito su participación y sinceridad en la siguiente entrevista que consta de datos generales y 8 preguntas, las respuestas serán grabadas únicamente con fines de investigación. Además, la información será manejada con seudónimos que asegurará la confidencialidad y la identidad de la persona.

I. DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Procedencia: _____ Religión: _____

Estado civil: _____

Grado académico: _____

Especialidad: _____

Años de experiencia laboral como enfermera: _____

Años de experiencia laboral en UCI: _____

II. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS:

1. ¿Cómo define usted los cuidados paliativos que brinda la enfermera especialista en cuidados intensivos?
2. ¿Qué situaciones abarca el cuidado paliativo en la unidad de cuidados intensivos?
3. ¿Considera que el cuidado paliativo es diferente al cuidado de enfermería en otros servicios? ¿Por qué?
4. ¿Qué acciones realiza el enfermero intensivista al brindar los cuidados paliativos?
5. ¿Cuáles cree usted que son los beneficios que ofrece el cuidado paliativo en la unidad de cuidados intensivos?
6. ¿Cuál debería ser la actitud de una enfermera intensivista al brindar los cuidados paliativos?
7. ¿Considera que al brindar los cuidados paliativos el enfermero intensivista debe considerar los principios bioéticos? ¿Cuáles? ¿Por qué?
8. ¿Desea aportar algo más acerca de los cuidados paliativos?

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO (de acuerdo al número de instrumentos a utilizar)

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Blanca Esther Ramos Kong

Cargo de la Institución donde labora: HRDLM UCI

Años de servicio: 30 años

Estudios de postgrado: Maestría en Enfermería

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación: Aceptado (7-10 puntos), Debe mejorarse (4-6 puntos), Rechazado (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 31 de octubre del 2023



Firma del revisor

Nota: Los resultados del juicio de expertos deberán ser trabajados con su asesora temática.

Actualizado en diciembre de 2021 por equipo docente de Tesis I de la Escuela de Enfermería USAT

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: colocar aquí el(los) instrumento(s)

Anexo nº 02

Guía de entrevista semiestructurada dirigida a las enfermeras especialistas en cuidados intensivos

PRESENTACIÓN:

Estimada participante, reciba un cordial saludo de la bachiller en enfermería Nayely Ariana Tejada Gómez, estudiante de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Actualmente, estoy investigando un tema denominado "Percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024". Por lo tanto solicito su participación y sinceridad en la siguiente entrevista que consta de datos generales y 8 preguntas, las respuestas serán grabadas únicamente con fines de investigación. Además, la información será manejada con seudónimos que asegurará la confidencialidad y la identidad de la persona.

I. DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Procedencia: _____ Religión: _____

Estado civil: _____

Grado académico: _____

Especialidad: _____

Años de experiencia laboral como enfermera: _____

Años de experiencia laboral en UCI: _____

II. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS:

1. ¿Cómo define usted los cuidados paliativos que brinda la enfermera especialista en cuidados intensivos?
2. ¿Qué situaciones de salud abarca el cuidado paliativo en la unidad de cuidados intensivos?
3. ¿Ud. Considera que el cuidado paliativo es diferente al cuidado de enfermería en otros servicios? ¿Por qué?
4. ¿Qué acciones realiza el enfermero intensivista al brindar los cuidados paliativos?
5. ¿Cuáles cree usted que son los beneficios que ofrece el cuidado paliativo en la unidad de cuidados intensivos?
6. ~~Cuál debería ser~~ ~~Cómo es~~ la actitud de una enfermera intensivista al brindar los cuidados paliativos?
7. ¿Qué limitaciones Ud. considera de importancia al impartir cuidados paliativos?
8. ¿Considera que al brindar los cuidados paliativos el enfermero intensivista debe considerar los principios bioéticos? ¿Cuáles? ¿Por qué?
9. ¿Desea aportar algo más acerca de los cuidados paliativos?

3. **INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO** (de acuerdo al número de instrumentos a utilizar)

1. **DATOS GENERALES**

Apellidos y Nombres del Juez:
Cargo de la Institución donde labora:
Años de servicio:
Estudios de postgrado:

2. **ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		9

Calificación: **Aceptado (7-10 puntos)**, **Debe mejorarse (4-6 puntos)**, **Rechazado (< 3 puntos)**

3. **SUGERENCIAS** (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

Preguntas más asequibles a dar respuestas acertadas y agregar las limitaciones en Uci para impartir cuidados paliativos

Chiclayo, 07.de noviembre de 2023



Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos

Nota: Los resultados del juicio de expertos deberán ser trabajados con su asesora temática.

Actualizado en diciembre de 2021 por equipo docente de Tesis I de la Escuela de Enfermería USAT

ANEXO N° 04



Facultad de Medicina -Escuela de Enfermería

LISTA DE COTEJO: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN POR JURADO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Yo Mtro. Blanca Esther Ramos Kong, en mi calidad de secretaria del Jurado de Tesis, del proyecto de tesis: Percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024, de autoría del estudiante Nayely Ariana Tejada Gómez de VIII ciclo de la Escuela de Enfermería, dejo constancia a través de la presente que he evaluado el proyecto, en base a los siguientes criterios:

Indicaciones: Marcar SI (cuando cumpla con el 100% del ítem evaluado)

	Criterios a evaluar	SI	NO
01	El título es claro, preciso y sucinto, contiene el objeto de estudio, no contiene siglas, ni abreviaturas y no excede de 20 palabras.	X	
02	El resumen está redactado en un solo párrafo, en no más de 250 palabras y contiene descriptores, verificados en un tesoro.	X	
03	La introducción, presenta datos relevantes y coherentes con la(s) variable(s) de estudio, presenta evidencias científicas importantes, citados correctamente y está basado en referencias bibliográficas confiables.		X
04	El problema de investigación aparece al finalizar la introducción, está formulado como pregunta en forma clara y sin ambigüedad, además contiene la(s) variable(s) de estudio y la dimensión tiempo-espacial. Y es relevante para las ciencias de la salud, principalmente para enfermería y es susceptible de ser investigado.	X	
05	La justificación se basa en datos concretos, sean bibliográficos o estadísticos y ayudan a explicar y sustentar la importancia de la investigación que se pretende realizar.	X	
06	Los objetivos están bien definidos, son medibles y congruentes entre sí y con la operacionalización de variables, y son susceptibles de ser alcanzados.	X	
07	El marco teórico formulado contiene antecedentes de estudio, tiene consistencia lógica, está armónicamente redactado e integra las variables de estudio y está debidamente referenciados.		X
08	El tipo de investigación planteado, es adecuado para estudiar la(s) variable(s)	X	
09	El diseño metodológico permite abordar el problema de investigación, lograr los objetivos, además si en caso se ha planteado hipótesis, permite comprobarlas.	X	
10	Define su población, indicando la fuente.	X	
11	Define el tipo de muestra, establece criterios de selección.	X	
12	La muestra es representativa y estadísticamente válida.	X	
13	El muestreo es coherente con el diseño de investigación.	X	
14	Los instrumentos propuestos son adecuados y suficientes para cumplir con los objetivos planteados.	X	
15	Establece criterios de validez y confiabilidad que garanticen el rigor científico y lo especifica en el acápite de instrumentos.	X	
16	Especifica la secuencia del análisis de datos.	X	
17	Especifica las pruebas estadísticas para el procesamiento de datos y el programa para el procesamiento y análisis de los mismos.	X	
18	Al redactar los criterios de rigor ético, sustenta cómo cumplirá con cada uno de ellos.	X	
19	El cronograma de actividades está en un diagrama de Gantt y es factible de cumplirse.	X	
20	El presupuesto y financiamiento están claramente establecidos, es un presupuesto real.	X	
21	Menciona a los colaboradores: personas, instituciones, etc. Que brindarán apoyo en la ejecución de la tesis, ya sea facilitando espacios, material, información.	X	
22	Hay coherencia y consistencia en el planteamiento del proyecto de tesis: introducción, justificación, objetivos, marco teórico y metodología.	X	
23	La ortografía es aceptable. Las faltas ortográficas en el documento son < al 20%.	X	

24	En la redacción del documento el investigador es claro transmitiendo el sentido del mensaje, evita las muletillas, se utilizan conectores para dar armonía al documento.		X
25	Las citas bibliográficas han sido numeradas correlativamente según su aparición en el texto por primera vez, con número arábigos en superíndice. Cuando coincide con un signo de puntuación, la cita precede a dicho signo y concuerdan con el listado de referencias.		X
26	El 100% de las citas y referencias bibliográficas están adecuadas a las normas de Vancouver.	X	
27	Al menos el 75% de la bibliografía tienen menos de 5 años de antigüedad, incluyen referencias de prestigio según la temática. Presenta como mínimo 25 referencias bibliográficas.	X	
28	Aparecen en el apartado de anexos todos los instrumentos referidos en el marco metodológico, instrumentos de recolección de datos, consentimiento informado y hoja de asentimiento, Operacionalización de variable(s), informe de similitud, etc. Si fuera necesario.	X	
29	Ha seguido el protocolo de proyecto de tesis propuesto por la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.	X	

De acuerdo a lo evaluado le corresponde la calificación de:

	Número de característica observada	Calificación	
()	≥ 9 características	0	20
		1	19.20
		2	18.50
(X)	≤ 8 características	3	17.70
		4	17.00
		5	16.20
		6	15.50
		7	14.70
		8	14.00

observadas: Desaprobado

observadas: Aprobado

OBSERVACIONES

SE ENVIO SUGERENCIAS A SU TRABAJO

Fecha: 15 de Noviembre de 2023

Nombres y Apellidos
Presidente

Nombres y Apellidos
Secretaria

Nombres y Apellidos
Vocal

ANEXO N° 05 ACTA DE SUSTENTACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

En la ciudad de Chiclayo, a las 9:40 am del día 04 de noviembre del 2023, los miembros del jurado designados por la escuela profesional de ENFERMERÍA, jurado 1: SAAVEDRA COVARRUBIA MIRIAN ELENA, jurado 2: RAMOS KONG BLANCA ESTHER, jurado 3: CARRASCO NAVARRETE MARY SUSAN, se reunieron en el aula N° 3, para recibir la sustentación del proyecto de Tesis titulado: **Percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024**, del estudiante **TEJADA GOMEZ NAYELY ARIANA**.

Siendo las 10.00 am, habiéndose concluido la exposición y absueltas las preguntas del jurado, se acordó otorgar al estudiante la calificación de _____, recibiendo la categoría de _____.

Chiclayo, 4 de diciembre del 2023.

SAAVEDRA COVARRUBIA MIRIAN ELENA
JURADO 1

RAMOS KONG BLANCA ESTHER
JURADO 2

CARRASCO NAVARRETE MARY SUSAN
JURADO 3

ANEXO N°06 RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



CONSEJO DE FACULTAD RESOLUCIÓN N° 100-2024-USAT-FMED

Chiclayo, 04 de marzo de 2024

Vista la solicitud virtual N° TRL-2023-21303 en virtud de la aprobación con fecha 28 de febrero de 2024 por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante TEJADA GOMEZ NAYELY ARIANA, de la Escuela de Enfermería. Asesor: Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: **PERCEPCIONES DEL CUIDADO PALIATIVO EN LAS ENFERMERAS INTENSIVISTAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO, 2024**, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.


En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Dar a conocer la presente resolución a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Mtro. Jorge Luis Limo Liza
Secretario Académico (e)
Facultad de Medicina




Mtro. Sorey Garlet Gayoso Dianderas
Decano (e)
Facultad de Medicina

**ANEXO N°07 APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO**



N° 050/24

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes" Chiclayo, Autoriza a:

**TEJADA GOMEZ
NAYELY ARIANA**

Para que realice la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: *"Percepciones del Cuidado Paliativo en las Enfermeras Intensivistas de un Hospital Público de Chiclayo 2024"*, debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Abril 2024

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO

Dr. Yonny Manuel Ureta Nuñez
C.M.P. 22207
DIRECTOR EJECUTIVO

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO

Lic. Magaly Medina Rojas
REP N° 38515
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

ANEXO N° 08 MATRIZ DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Título de la tesis: Percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024			
Objetivo general: Identificar, describir y analizar las percepciones del cuidado paliativo en las enfermeras intensivistas de un hospital público de Chiclayo, 2024.			
Sujetos de estudio: Enfermeras con especialidad en cuidados intensivos			
Escenario: Hospital Las Mercedes Chiclayo			
RESULTADOS			
Categorías previas	Códigos/ subcategorías	Citas textuales de las entrevistas, identificando el sujeto de estudio (confidencialidad).	Interpretación de los datos: Síntesis de los datos más significativos (lo común o más redundante y lo novedoso), que dan lugar a la denominación de la categoría/código. Destacar aspectos positivos o negativos, es decir los datos que posteriormente se analizarán con la literatura).
I.El cuidado paliativo involucra el alivio del dolor y sufrimiento del paciente	Alivio del dolor en distintas dimensiones M01,M02,M04,M06,M07,M08,M09,M10,M11,M13,M05	“...El cuidado paliativo se centra en aliviar el dolor en sus dimensiones física, emocional y espiritual. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el dolor se manifiesta principalmente en las dimensiones emocional y espiritual. La diferencia está en el uso común de sedantes como la ketamina y la morfina en terapias, donde la ketamina, al bloquear receptores de dolor, actúa como sedante y anestésico, útil en dolor agudo como quemaduras...” M01.	Los cuidados paliativos se enfocan en aliviar el dolor en sus aspectos físico, emocional y espiritual, especialmente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde el dolor emocional y espiritual es prevalente. Su objetivo es evitar el sufrimiento siguiendo las directrices del médico intensivista y manteniendo los tratamientos prescritos. La detección del dolor se realiza a través de la monitorización de signos vitales y cambios fisiológicos. En pacientes terminales, se prioriza la analgesia y la mejora de la calidad de vida, incluyendo orientación para el manejo del dolor en

		<p>“...También es importante conocer si está experimentando dolor y brindar alivio en consecuencia...” M02.</p> <p>“...Los cuidados paliativos buscan evitar el sufrimiento y el dolor del paciente. En nuestra práctica, seguimos las indicaciones del médico intensivista y no omitimos ningún tratamiento prescrito...” M04.</p> <p>“...Frecuentemente, detectamos la presencia de dolor mediante la monitorización de signos vitales y cambios fisiológicos...” M06.</p> <p>“...Mayormente, los cuidados paliativos para pacientes en fase terminal se enfocan en proporcionar analgesia y control del dolor, mejorando su calidad de vida. También se brinda orientación para el manejo del dolor en casa. Sí, mediante la administración de terapia del dolor, analgésicos y sedantes...” M07.</p> <p>“...Los cuidados que proporcionamos como enfermeras a los pacientes se centran principalmente en el alivio del dolor. Por ejemplo, en la UCI, donde los pacientes están críticamente enfermos y sedados...” M08.</p> <p>“...En esta unidad, se emplea la sedoanalgesia y se administran inotrópicos, lo que justifica la diferencia en el tipo de cuidado que se brinda...” M09.</p> <p>“...Como mencioné, es importante aliviar el dolor del paciente y hacer todo lo posible por minimizar su malestar. Aquí, se mantienen los analgésicos hasta el final de la vida del paciente, incluso en casos terminales, priorizando el confort con menos sedación pero garantizando el alivio del dolor...”</p>	<p>el hogar. El personal de enfermería se dedica a aliviar el dolor, reconociendo sus causas físicas y emocionales. La diferencia en el uso de sedantes y analgésicos entre cuidados paliativos y terapias se refleja en su aplicación: en la terapia se emplean sedantes como la ketamina y la morfina para el dolor agudo, mientras que en cuidados paliativos se utilizan sedantes como midazolam y fentanilo, y analgésicos como morfina y tramadol, para controlar el dolor y mejorar el confort en pacientes con enfermedades avanzadas, como el cáncer. La sedación paliativa busca aliviar el sufrimiento intolerable y preservar la dignidad del paciente al final de su vida, a diferencia de la terapia del dolor, que se concentra en el manejo del dolor agudo.</p>
--	--	---	--

		<p>M10.</p> <p>“...Por ejemplo, garantizamos que todos los pacientes reciban tratamiento para el dolor. “...En cuidados paliativos, comúnmente para pacientes con cáncer, se emplean sedantes como midazolam y fentanilo, y analgésicos como morfina y tramadol, notándose una disminución del dolor con la progresión de la enfermedad...” M11.</p> <p>“...Es importante para el personal de enfermería reconocer que el dolor puede tener raíces tanto físicas como emocionales...” M13.</p>	
II. Respeto por la vida y dignidad humana en los cuidados paliativos	Considerar al paciente como un ser humano M01,M05,M08,M11,M13	<p>“...Aunque no lo manifiesten verbalmente, es importante reconocer que pueden sentir dolor, lo que lleva al cuidado paliativo a centrarse en abordar principalmente el dolor físico...” M01.</p> <p>“...Como profesionales de la salud, entendemos que cada individuo es un ser completo con diversas dimensiones...” M05.</p> <p>“...No solo nos enfocamos en calmar el dolor del paciente, sino que lo consideramos en su totalidad...” M08.</p> <p>“...En nuestra unidad, nos esforzamos por ser lo más humanos posible...” M11.</p> <p>“...Por lo tanto, debemos cuidar integralmente la dimensión humana de la persona...” M13.</p>	<p>En el contexto de la atención paliativa, se reconoce la importancia de abordar el dolor físico del paciente, incluso cuando no lo expresan verbalmente, priorizando su bienestar físico y emocional. Como profesionales de la salud, entendemos la complejidad de cada individuo y nos esforzamos por brindar cuidados integrales que consideren todas sus dimensiones, centrándonos en ser humanos y compasivos en nuestra labor.</p>
	Respeto por la vida humana M06,M08,M09,M10	<p>“...Claro, consideramos que el respeto a la vida es fundamental. Cada persona debe ser tratada como un ser digno y tener derecho a que se le respete...” M06.</p>	<p>Ahora bien, el respeto es un principio fundamental en la atención médica, donde cada paciente es tratado con dignidad y consideración. Esto implica estar comprometidos con su bienestar, respetar su intimidad y mantener la confidencialidad de su</p>

		<p>“...Reconocemos que el paciente es el centro de nuestra atención y debemos estar presentes y comprometidos con ellos en todo momento, tratándolos con respeto y empatía...” M08.</p> <p>“...también es importante respetar el secreto profesional...” M09.</p> <p>“...Bueno, sí, considera que es importante tratar a cada paciente como un ser humano completo hasta el final de su vida, abordándolo desde una perspectiva biopsicosocial...” M10.</p>	<p>información médica. Además, se reconoce la importancia de abordar al paciente de manera integral, considerando no solo su salud física, sino también su bienestar psicológico y social.</p>
	<p>Actitud caritativa con el sufrimiento ajeno M01,M02,M03,M04,M06,M10,M13</p>	<p>“...La actitud principal de un enfermero debe ser de caridad. Como menciona la teoría de Watson sobre el cuidado humano, es fundamental ser caritativo con el paciente...” M01.</p> <p>“...Brindamos un trato humano y cercano al paciente, reflejando una actitud empática y compasiva en nuestras acciones. Esto contribuye a aliviar el sufrimiento del paciente y su familia durante momentos difíciles, promoviendo un cuidado humanizado y reconfortante...” M02.</p> <p>“...Es importante ser más humano en ese sentido, mostrando comprensión y compasión en todo momento...” M03.</p> <p>“...La actitud debe enfocarse en brindar cuidado hasta el último día del paciente, independientemente de su gravedad...” M04.</p> <p>“...Se debe brindar cuidado y atención con respeto, preservando siempre su integridad, como si se tratara de uno mismo o de un ser querido...” M06.</p> <p>“...La actitud de una enfermera, tanto en cuidados</p>	<p>Asimismo, la actitud principal de un enfermero debe ser de caridad, brindando un trato humano y cercano al paciente, reflejando una actitud empática y compasiva en nuestras acciones. Esto contribuye a aliviar el sufrimiento del paciente y su familia durante momentos difíciles, promoviendo un cuidado humanizado y reconfortante.</p>

		<p>intensivos como en otras áreas, debe centrarse en brindar a cada paciente una atención digna y oportuna, considerándolo como si fuera un miembro de nuestra propia familia...” M10.</p> <p>“...Informar a pacientes y familiares sobre la administración de medicamentos sedantes y procedimientos invasivos, como la colocación de un catéter para morfina, es esencial para mitigar dolor y agitación...” M13.</p>	
	<p>Brindar apoyo emocional M01,M02,M04,M05,M13</p>	<p>“...Además, abordamos el dolor emocional con apoyo verbal y explicando procedimientos a pacientes bajo anestesia o monitoreo...” M01.</p> <p>“...Tocarle la mano, el rostro, hablarle es muy importante...” M02.</p> <p>“...Un enfoque paliativo podría incluir acciones como hablarle al paciente, mencionar su nombre...” M04.</p> <p>“...Otra acción importante es la escucha activa. En la UCI, aseguramos al paciente que estamos a su lado, comprendiendo y apoyando su difícil situación...” M05.</p> <p>“...Desarrollar estrategias paliativas para mejorar la calidad de vida y acompañar hasta que la muerte llegue, ya que eso es fundamental...” M13.</p>	<p>Además, el cuidado paliativo abarca tanto el alivio del dolor físico como emocional. Esto incluye acciones como tocar, hablar y escuchar activamente al paciente, proporcionando apoyo verbal y explicando procedimientos. Además, es fundamental desarrollar estrategias paliativas para mejorar la calidad de vida y acompañar al paciente hasta el final de su vida, ya que esto es importante para su bienestar y dignidad.</p>
	<p>Ofrecer un cuidado humanizado M02,M03,M04,M05,M09,M11,M12,M13</p>	<p>“...Desde el momento en que decidimos estudiar enfermería, nos capacitamos para ofrecer un cuidado humanizado, independientemente del entorno en el que nos encontremos...” M02.</p> <p>“...Los beneficios incluyen una mejor calidad de</p>	<p>Por otra parte, las enfermeras destacan la importancia del cuidado humanizado, enfatizando la atención integral al paciente y su calidad de vida durante la hospitalización. También, resaltan el papel de los cuidados paliativos para garantizar una muerte digna cuando la ciencia no puede ofrecer más, aliviando el dolor y proporcionando confort.</p>

		<p>vida y atención para el paciente durante su hospitalización en el servicio...” M03.</p> <p>“...El cuidado paliativo consiste en ayudar al paciente a tener una muerte digna, ya que llega un momento en el que la ciencia no puede ofrecer más...” M04.</p> <p>“...Puedo ofrecer cuidados paliativos para aliviar el dolor y tratar úlceras por presión, proporcionando confort integral...” M05.</p> <p>“...Tener un paciente en la UCI genera estrés para los familiares, por lo que al mejorar la condición del paciente, se reduce esta carga emocional para ellos...” M09.</p> <p>“...La sedoanalgesia es importante para proporcionar tranquilidad en estancias hospitalarias prolongadas, minimizando el malestar e incomodidad, y permitiendo una atención respiratoria más efectiva...” M11.</p> <p>“...Nuestra esencia como enfermeras se centra en el cuidado humano, especialmente porque atendemos a pacientes muy dependientes y en estado grave...” M12.</p> <p>“...En la UCI es importante considerar la dignidad humana, el respeto a los derechos, la vida y el sufrimiento de las personas...” M13.</p>	<p>Además, se enfatiza la relevancia de la sedoanalgesia para proporcionar tranquilidad y mejorar la atención en estancias hospitalarias prolongadas. En todas las intervenciones, se recalca el respeto a la dignidad humana, los derechos y el sufrimiento de las personas como pilares fundamentales del cuidado en enfermería, especialmente en contextos críticos.</p>
	<p>Abordar las necesidades del paciente M01,M03,M04,M05,M08,M11,M12</p>	<p>“...El objetivo del cuidado paliativo es reducir el dolor físico y emocional, proporcionando un cuidado integral que aborde todas las necesidades del paciente...” M01.</p> <p>“...Se le proporciona una mayor tranquilidad tanto</p>	<p>Según los discursos obtenidos, el objetivo del cuidado paliativo es proporcionar un cuidado integral que aborde todas las necesidades del paciente, reduciendo el dolor físico y emocional. Esto se logra brindando tranquilidad tanto física como emocional, y comprometiéndose a brindar</p>

		<p>física como emocional en todos los aspectos...” M03.</p> <p>“...Como creyentes, confiamos en el momento divino del tránsito del paciente, mientras que como enfermeras, estamos comprometidas a brindar cuidados hasta el último suspiro...” M04.</p> <p>“...Creo que el principal beneficio es optimizar el bienestar de la persona en todas las dimensiones...” M05.</p> <p>“...Es importante mantener a los pacientes tranquilos y sin dolor para mejorar su recuperación, especialmente en problemas respiratorios, priorizando su bienestar y confort...” M11.</p> <p>“...Proveemos un cuidado holístico que abarca todos los aspectos: físico, espiritual, emocional, familiar y económico, para garantizar un mejor cuidado...” M12.</p>	<p>cuidados hasta el último suspiro. El cuidado paliativo busca optimizar el bienestar de la persona en todas las dimensiones, priorizando su bienestar y confort, especialmente en problemas respiratorios. Además, se proporciona un cuidado holístico que abarca todos los aspectos, incluyendo físico, espiritual, emocional, familiar y económico, para garantizar un mejor cuidado y recuperación del paciente.</p>
	<p>Principio de no maleficencia M01,M02,M03,M04,M07,M08,M09,M10,M11,M13</p>	<p>“...El principio de no maleficencia, que implica evitar causar daño, se aprende tanto en el pregrado como en el internado, combinando estudio y práctica profesional. Cumplir con este principio requiere estar bien informado y seguro en nuestra práctica...” M01.</p> <p>“...Del mismo modo, el principio de no maleficencia nos insta a evitar cualquier riesgo o daño al paciente en la medida de lo posible...” M02.</p> <p>“...Nuestra principal preocupación es evitar causar daño al paciente, ya que si viene con una enfermedad, no debemos empeorar su condición...” M03.</p>	<p>Las percepciones de las enfermeras intensivistas sobre el cuidado paliativo afirman que, en la práctica médica es fundamental el principio de no maleficencia, lo que implica evitar causar daño al paciente en la medida de lo posible. De este modo, requiere estar bien informado, seguro y capacitado para proporcionar atención individualizada y adecuada. La no maleficencia es esencial para evitar causar daño y garantizar un cuidado digno y justo, siempre buscando el bienestar del paciente.</p>

		<p>“...así como el principio de no maleficencia son fundamentales en nuestra práctica diaria...” M04.</p> <p>“...El principio de no maleficencia implica evitar causar daño al paciente, lo que requiere estar completamente capacitado para proporcionar una atención individualizada y adecuada a cada uno...” M07.</p> <p>“...Evitar causar daño es esencial, lo que se relaciona con el principio de no maleficencia...” M08.</p> <p>“...Claro, uno de los principios fundamentales podría ser el de no hacer daño al paciente, conocido como no maleficencia...” M09.</p> <p>“...Es importante evitar causar daño, recordando que cada persona merece respeto y atención equitativa, incluso si es un paciente del sistema penal. La maleficencia debe ser evitada en todas las circunstancias para garantizar un cuidado digno y justo...” M10.</p> <p>“...La no maleficencia es esencial para evitar causarle daño al paciente, siempre buscando su bienestar en cada acción...” M11.</p> <p>“...Esto implica garantizar que el paciente no sufra un daño mayor. Al proporcionar cuidados paliativos, nuestro objetivo es evitar el daño y en su lugar proporcionar un beneficio significativo al paciente...” M13.</p>	
	<p>Principio de beneficencia M01,M02,M04,M05,M06,M07,M08,M10 ,M12,M13</p>	<p>“...A su vez, el principio de beneficencia se opone a este, promoviendo hacer el bien. Es crucial que los enfermeros estén bien preparados y seguros de lo que hacen. Si surgen dudas, es importante preguntar y buscar orientación...” M01.</p>	<p>Las enfermeras intensivistas de un hospital público en Chiclayo perciben que el principio de beneficencia implica buscar el bien del paciente a través de procedimientos y tratamientos adecuados, y es crucial que los enfermeros estén bien</p>

		<p>“...La beneficencia, que implica buscar el bien del paciente a través de procedimientos y tratamientos adecuados, es importante...” M02.</p> <p>“...Por supuesto, el principio bioético como la beneficencia es muy importante...” M04.</p> <p>“...El principal beneficio es la beneficencia, asegurando un cuidado integral al aplicar principios de seguridad y administración de medicamentos, junto con la atención de las necesidades espirituales de los pacientes según sus creencias religiosas...” M05.</p> <p>“...Esto refleja los principios de beneficencia, ya que implica aplicar el valor fundamental de la vida...” M06.</p> <p>“...Por ejemplo, el principio de beneficencia implica hacer el bien, proporcionando cuidados y atención adecuados y seguros al paciente para promover su bienestar...” M07.</p> <p>“...Asimismo, el principio de beneficencia implica hacer todo lo posible para mejorar la situación del paciente, lo cual es fundamental en nuestro cuidado...” M08.</p> <p>“...La beneficencia es crucial en este sentido, ya que implica ofrecerle al paciente lo mejor, lo que realmente le beneficiará...” M09.</p> <p>“...Por último, la beneficencia requiere administrar los medicamentos de manera adecuada, como diluirlos en 100 cc de cloruro si es necesario, garantizando así el bienestar del paciente y evitando cualquier daño...” M12.</p>	<p>preparados y seguros de lo que hacen. Esto incluye proporcionar cuidados y atención adecuados y seguras, aplicar principios de seguridad y administración de medicamentos, y atender las necesidades espirituales de los pacientes según sus creencias religiosas.</p>
--	--	--	---

		<p>“...La situación de beneficencia positiva para el paciente debe ser adecuada, manteniendo un equilibrio armonioso entre nuestras acciones y el beneficio otorgado, con el fin de garantizar una atención de calidad y un resultado favorable en su bienestar...” M13.</p>	
	<p>Principio de autonomía M02,M03,M05,M06,M07,M08,M12</p>	<p>“...así como el respeto a la autonomía del paciente y sus decisiones, también son principios éticos importantes a tener en cuenta...” M02.</p> <p>“...Al iniciar la atención, se prioriza la autonomía y el respeto al paciente, demostrando empatía al dirigirse a él por su nombre. Además, se reconoce el papel crucial de la familia en el bienestar del paciente, promoviendo un ambiente de respeto hacia ellos desde el principio...” M03.</p> <p>“...Por otro lado, la autonomía es importante, aunque en la UCI los pacientes suelen depender de las decisiones de sus familiares. Es fundamental explicarles el tratamiento y las opciones disponibles para que puedan tomar una decisión...” M05.</p> <p>“...Además, también aplicamos el principio de autonomía, ya que cada individuo es único...” M06.</p> <p>“...Además, la autonomía es importante, lo que se refleja en el trato respetuoso y en la integridad del paciente...” M07.</p> <p>“...Aplicamos el principio de autonomía al tomar decisiones que beneficien al paciente según su situación clínica, permitiéndonos actuar con eficacia para garantizar su bienestar sin requerir consulta médica constante...” M08.</p>	<p>También, la percepción de las enfermeras intensivistas resaltó que los principios éticos de autonomía y respeto a las decisiones del paciente son fundamentales en la atención médica. Desde el inicio, se prioriza la autonomía y el respeto al paciente, demostrando empatía y reconociendo el papel crucial de la familia en su bienestar. En la UCI, donde la autonomía puede estar limitada, se busca informar a los familiares sobre el tratamiento y las opciones disponibles. Estos principios se aplican en cada etapa de la atención, permitiendo tomar decisiones que beneficien al paciente y garantizando su bienestar integral.</p>

		<p>“...Primero, la autonomía es importante; aunque el paciente esté sedado, se obtiene el consentimiento informado del familiar más cercano, como su esposo, madre o padre, quienes firman los procedimientos a realizar...” M12.</p>	
	<p>Principio de justicia M02,M05,M07,M08,M11,M12</p>	<p>“...Además, la justicia, que promueve la igualdad para todos...” M02.</p> <p>“...En cuanto a la justicia, es importante tratar a todos por igual y según sus necesidades individuales...” M05.</p> <p>“...En nuestra atención, seguimos procedimientos y administramos medicamentos sin priorizar nuestras preferencias, reconociendo que nuestras acciones impactan directamente en la recuperación del paciente y su bienestar...” M07.</p> <p>“...La justicia es fundamental; debemos dar al paciente lo que realmente necesita, actuando con imparcialidad y equidad...” M08.</p> <p>“...La justicia, por ejemplo, implica administrar medicamentos incluso a altas horas de la madrugada, ya que es nuestra responsabilidad profesional...” M11.</p> <p>“...Luego, la justicia implica utilizar los medicamentos adquiridos por un familiar exclusivamente para ese paciente y no para otros...” M12.</p>	<p>Asimismo, las enfermeras intensivistas de un hospital público percibieron que la justicia en la atención médica se refleja en tratar a todos por igual, sin importar preferencias personales, y según sus necesidades individuales. Desde la administración de medicamentos hasta el uso de recursos, se busca actuar con imparcialidad y equidad para garantizar el bienestar de cada paciente. Esto implica seguir procedimientos con responsabilidad y utilizar los recursos de manera exclusiva para el beneficio del paciente en cuestión, sin privilegiar a otros.</p>
<p>III. Identificación precoz de las necesidades de los pacientes en cuidados paliativos</p>	<p>Ofrecer bienestar, comodidad y confort al paciente M01,M03,M04,M06,M08</p>	<p>“...En primer lugar, en la UCI, procuramos brindar comodidad y confort al paciente...” M01.</p> <p>“...En la unidad de cuidados intensivos, dedicamos especial atención a la comodidad y el confort de los</p>	<p>Ahora bien, los hallazgos reflejan la prioridad de brindar comodidad y confort al paciente en la unidad de cuidados intensivos, tanto a través de terapias farmacológicas como no farmacológicas, con atención inmediata a cualquier síntoma o malestar.</p>

		<p>pacientes, especialmente porque son quienes más lo necesitan...” M03.</p> <p>“...Además, se debe continuar ofreciendo la terapia indicada hasta el último momento...” M04.</p> <p>“...Además, proporcionamos cuidados no farmacológicos, como ofrecer confort, para ayudar a minimizar los síntomas que experimenta el paciente...” M06.</p> <p>“...Principalmente, nuestro enfoque es asegurar la comodidad y el confort del paciente...” M08.</p>	<p>Se destaca la importancia de crear un ambiente confortable para asegurar el bienestar del paciente hasta el último momento, siendo esta atención una prioridad fundamental en la UCI.</p>
	<p>Mantener la higiene del paciente M01,M07,M09,M12</p>	<p>“...Esto implica acciones como arreglarlo, bañarlo, limpiar su rostro y genitales, especialmente durante las deposiciones para evitar irritación de la piel por el contacto prolongado con el pañal...” M01.</p> <p>“...atención a la higiene personal...” M07.</p> <p>“...ayudar en su higiene personal, entre otras tareas. Esto requiere una gran vocación y paciencia por parte del personal de enfermería...” M09.</p> <p>“...también realizamos la higiene...” M12.</p>	<p>Cabe resaltar que, es importante la higiene personal en el cuidado de los pacientes, especialmente en situaciones como la limpieza después de las deposiciones para prevenir irritaciones en la piel. Se destaca la atención y ayuda que brinda el personal de enfermería en tareas de higiene, lo que requiere vocación y paciencia. La higiene personal es una parte fundamental del cuidado proporcionado por el personal de enfermería, asegurando el bienestar y la comodidad de los pacientes.</p>
	<p>Movilización o cambios de posturas M01,M07,M08,M11,M12</p>	<p>“...También nos encargamos de movilizarlo de manera adecuada para minimizar su dolor, cambiamos su posición regularmente...” M01.</p> <p>“...movilización del paciente, cambios posturales...” M07.</p> <p>“...evitar la formación de úlceras por presión mediante la movilización adecuada...” M08.</p> <p>“...Además, el manejo de las úlceras cutáneas varía</p>	<p>Desde otra perspectiva, el cuidado paliativo involucra movilizar al paciente de manera adecuada para minimizar su dolor y evitar la formación de úlceras por presión, realizando cambios posturales regularmente y evitando la formación de úlceras cutáneas. Además, se manejan las úlceras cutáneas según su gravedad, incluyendo cambios de posición y movilidad para prevenir y tratar estas lesiones.</p>

		<p>según su gravedad: para úlceras de primer grado, realizamos cambios de posición...” M11.</p> <p>“...así como su movilidad...” M12.</p>	
	<p>Considerar el bienestar espiritual y psicosocial M01,M02,M05,M10,M13</p>	<p>“...Es esencial abordar el bienestar espiritual y psicosocial del paciente además de los aspectos físicos. Al admitirlo, se debe investigar su religión, ofrecer apoyo espiritual si es necesario y evaluar sus necesidades de cuidados paliativos y psicosociales para una atención completa...” M02.</p> <p>“...Para los católicos, la fe brinda consuelo al confiar en la guía divina para el paciente, mientras nos dedicamos plenamente a brindar el mejor cuidado disponible...” M05.</p> <p>“...Además, brindar apoyo espiritual a la familia es fundamental. Se debe facilitar la presencia del pastor o sacerdote para ofrecer los últimos rituales religiosos...” M10.</p> <p>“...Primero, reconocer que todas las personas que están allí son seres humanos. Más allá del dolor físico, debemos considerar el dolor espiritual, el sufrimiento emocional que implica toda la situación...” M13.</p>	<p>Asimismo, las enfermeras mencionan que el cuidado paliativo debe abordar el bienestar espiritual y psicosocial del paciente, incluyendo la religión y necesidades de apoyo espiritual, así como las necesidades de cuidados paliativos y psicosociales. Esto implica brindar apoyo espiritual a la familia y reconocer el dolor espiritual y emocional que implica la situación.</p>
<p>IV. La familia pilar básico para brindar cuidados paliativos</p>	<p>Ofrecer educación e información al familiar M01,M02,M03,M05,M11</p>	<p>“...Es importante explicarle la situación y responder a sus preguntas sobre su familia u otros aspectos relevantes...” M01.</p> <p>“...Durante las visitas familiares, ofrecemos educación y atención adicional al familiar. Es importante brindar la información antes de los procedimientos invasivos para reducir la ansiedad y promover la comprensión entre el equipo de salud y los familiares...” M02.</p>	<p>También, los discursos destacan la necesidad de explicar la situación y responder a preguntas relevantes durante las visitas familiares, ofreciendo educación y atención adicional para reducir la ansiedad y promover la comprensión. Además, se resalta la importancia de brindar un buen cuidado a los pacientes, educar a las familias y proporcionarles el tratamiento necesario. Se menciona la adaptación del mensaje al contexto y a la persona, así como la colaboración con la familia en el proceso de</p>

		<p>“...Primero, creo que es importante tomar medidas para brindarles un buen cuidado a los pacientes. Esto incluye educar a sus familias y proporcionarles todo el tratamiento necesario sin omitir nada...” M03.</p> <p>“...Es esencial adaptar nuestro mensaje al contexto y a la persona, ya sea un padre, una madre o alguien de distinta edad. También debemos tener en cuenta a la familia en nuestras acciones y explicarles con sinceridad la situación de su ser querido...” M05.</p> <p>“...En ocasiones, si la familia puede proporcionar ciertos medicamentos, solicitamos su colaboración, lo que puede acelerar significativamente el proceso de curación de la herida...” M11.</p>	<p>curación al solicitar su ayuda con medicamentos.</p>
	<p>Brindar la mejor atención al paciente y familia M02,M03,M04,M07,M11,M13</p>	<p>“...en todos los casos, nuestro enfoque sigue siendo brindar la mejor atención posible tanto al paciente como a su familia...” M02.</p> <p>“...Sin embargo, en el caso de aquellos que reciben cuidados paliativos, se requiere una comprensión aún más profunda y sensible...” M03.</p> <p>“...En algunos casos, aunque no nos enfoquemos en curar, debemos asegurar la mejor calidad de vida posible para el paciente, dado que aún tiene posibilidades de vida, durante el tiempo que le quede...” M04.</p> <p>“...se busca proporcionar a los pacientes una mejor calidad de vida, libre de dolor, mediante estos cuidados...” M07.</p> <p>“...En nuestra unidad, aplicamos cuidados paliativos en la medida de lo posible. Aunque los familiares no tienen acceso al servicio, es importante que</p>	<p>Es relevante mencionar que, el objetivo principal en todos los casos es proporcionar la mejor atención posible tanto al paciente como a su familia, enfocándose en brindar una comprensión profunda y sensible en el caso de cuidados paliativos. Aunque no se busque la cura, se prioriza asegurar la mejor calidad de vida libre de dolor. En la UCI se enfrentan situaciones críticas, se destaca la importancia de cuidar tanto al paciente como al personal para garantizar un cuidado paliativo seguro y de calidad.</p>

		<p>participen en el proceso de cuidado...” M11.</p> <p>“...En la UCI, nos enfrentamos a situaciones críticas y accidentes laborales, destacando la importancia de cuidar tanto al paciente como a nosotros mismos para ofrecer un cuidado paliativo de calidad y seguridad...” M13.</p>	
<p>V. Limitación para llevar a cabo los cuidados paliativos falta de normativas, insumos e infraestructura para proporcionar el cuidado</p>	<p>Falta de normativas, insumos e infraestructura para proporcionar el cuidado M01,M03,M04,M05,M06,M08,M11,M12</p>	<p>“...La escasez de medicamentos esenciales, a menudo debido a limitaciones en la cobertura del SIS, obliga a los pacientes a comprarlos por su cuenta. Esta situación puede requerir que los médicos receten sedantes alternativos debido a la falta de disponibilidad...” M01.</p> <p>“...En primer lugar, la infraestructura presenta deficiencias que impactan en la calidad de la atención brindada...” M03.</p> <p>“...Cuando consideramos las limitaciones en el cuidado paliativo, es importante tener en cuenta las condiciones de la infraestructura. Es importante destacar que, en gran medida, contamos con todos los medicamentos requeridos para brindar una atención adecuada...” M04.</p> <p>“...En la UCI, existe una amplia disponibilidad de recursos, incluyendo medicamentos para el dolor y condiciones adecuadas de temperatura. Afortunadamente, el apoyo institucional, como el programa de pacientes hermanos, ha reducido significativamente esta carga financiera...” M05.</p> <p>“...Nuestra unidad, que cuenta con cinco camas, fue reestructurada con este principio en mente...” M06.</p> <p>“...Nuestra principal preocupación en las limitaciones se centra en evaluar constantemente al</p>	<p>En otro orden de ideas la escasez de medicamentos esenciales debido a limitaciones en la cobertura del seguro de salud, obliga a los pacientes a comprarlos por su cuenta, lo que a veces lleva a la prescripción de sedantes alternativos. Aunque existen deficiencias en la infraestructura que impactan la calidad de la atención. Afortunadamente, en la UCI, donde hay una amplia disponibilidad de recursos, el apoyo institucional ha aliviado considerablemente la carga financiera. Sin embargo, persisten desafíos como la falta de normativas claras y la escasez de suministros médicos y materiales básicos de higiene.</p>

		<p>paciente, ajustando la analgesia según su estado hemodinámico...” M08.</p> <p>“...Se observa una falta de normativas claras, con enfermeras trabajando de forma independiente y aplicando métodos individuales. Es importante fortalecer los cuidados paliativos, que incluyen aspectos espirituales y apoyo familiar...” M11.</p> <p>“...En el entorno médico, las limitaciones abarcan desde la escasez de suministros médicos esenciales hasta la falta de materiales básicos de higiene, como papel toalla y jabón. En ocasiones, también nos vemos sin sábanas u otros materiales necesarios para el cuidado del paciente...” M12.</p>	
	<p>Horarios de visita restringidos M02,M03,M04,M10,M11</p>	<p>“...Los horarios de visita restringidos en la UCI aumentan la angustia al limitar la presencia constante de familiares, especialmente durante situaciones críticas como el fallecimiento, lo que representa un desafío para el cuidado debido a la limitación del contacto familiar en momentos críticos...” M02.</p> <p>“...En nuestra unidad, una limitación importante es la necesidad de conectar al paciente con su familia para recibir apoyo, especialmente en situaciones críticas. Esta conexión es relevante para el bienestar del paciente...” M03.</p> <p>“...Las normas internas a veces restringen la presencia de familiares con el paciente, lo que puede limitar el apoyo emocional necesario. Esta restricción dificulta el acompañamiento y el consuelo que los pacientes reciben de sus seres queridos...” M04.</p> <p>“...En ocasiones, existen restricciones en el acceso y</p>	<p>Por otra parte, la limitación de horarios de visita en la UCI y las restricciones en el acceso de familiares al paciente pueden aumentar la angustia y limitar el apoyo emocional necesario, especialmente en situaciones críticas como el fallecimiento. Esto puede dificultar el acompañamiento y el consuelo que los pacientes reciben de sus seres queridos, lo que es relevante para su bienestar.</p>

		<p>la visita de familiares, aunque son casos poco frecuentes donde no se considera importante permitir su presencia constante...” M10.</p> <p>“...La ausencia de familiares durante la atención también representa una barrera significativa...” M11.</p>	
	<p>Escasez y trabajo rutinario del recurso humano M01,M03,M06,M09,M13</p>	<p>“...Otra limitación es la escasez de personal. En el SIS, es común que una enfermera atiende a dos pacientes, lo que puede ser insuficiente en algunas situaciones...” M01.</p> <p>“...La baja proporción de enfermeras por paciente, con una enfermera para cada tres pacientes, dificulta la atención continua y personalizada, especialmente en cuidados paliativos o manejo del dolor...” M03.</p> <p>“...Usamos un sistema de evaluación para determinar el nivel de dependencia y distribuir eficazmente al personal. En una UCI de nivel II-2, generalmente asignamos una enfermera para cada tres pacientes, lo que nos permite brindar la atención necesaria de manera adecuada...” M06.</p> <p>“...Cuando atendemos a dos o tres pacientes simultáneamente, a veces nos resulta difícil proporcionar la atención de calidad que deseamos. Aunque ofrecemos todos los cuidados necesarios, la cantidad de pacientes puede afectar la atención individualizada que preferimos brindar...” M09.</p> <p>“...Es frecuente notar que el personal de enfermería tiende a automatizarse, posiblemente influenciado por diferentes factores, lo que a veces descuida los aspectos humanos y los principios esenciales del cuidado...” M13.</p>	<p>Además, la escasez de personal que se evidencia en la asignación de una enfermera para dos pacientes, dificulta una atención continua y personalizada, especialmente en los cuidados paliativos. A pesar de sistemas de evaluación para asignar personal eficientemente, la dificultad persiste al atender a varios pacientes simultáneamente, lo que puede afectar la calidad de la atención deseada. Además, la tendencia del personal de enfermería a automatizarse a menudo descuida aspectos humanos y principios esenciales del cuidado.</p>

	<p>Comunicación deficiente por la condición del paciente M02,M07,M11,M13</p>	<p>“...Una limitación en la unidad de cuidados intensivos es que los pacientes, al estar intubados y sedados, no pueden comunicarnos sus molestias o preocupaciones, ni expresar sus deseos en sus últimos momentos...” M02.</p> <p>“...Ante las limitaciones en nuestra práctica, evitamos causar más trauma a los pacientes; si la familia no acepta ciertas intervenciones, ofrecemos solo cuidados paliativos hasta que el paciente decida, dejando la decisión en manos de Dios...” M07.</p> <p>“...Aunque muchos pacientes están sedados, podemos interpretar señales como la taquicardia, la hipertensión y las indicaciones del ventilador mecánico para entender su estado, lo que es crucial para ofrecer una atención efectiva...” M11.</p> <p>“...Aún persisten paradigmas, como la idea de que un paciente en coma no puede escuchar ni entender, lo que influye en la percepción y manejo del estrés por parte de la familia...” M13.</p>	<p>Cabe resaltar que, en la UCI, la comunicación se ve limitada por la sedación y la intubación de los pacientes, impidiendo que expresen sus necesidades y deseos. Frente a estas limitaciones, se busca evitar causar más trauma, ofreciendo sólo cuidados paliativos si la familia no acepta ciertas intervenciones. Aún persisten paradigmas sobre la capacidad de comprensión del paciente en coma, lo que afecta la percepción y manejo del estrés por parte de la familia.</p>
--	---	---	---