

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**



## **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

### **CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de  
Licenciada en Enfermería.**

#### **TÍTULO DEL PROYECTO**

Conocimientos del equipo de salud sobre cuidados paliativos al paciente  
diabético. Distrito de Salud Chambo-Riobamba. Abril-agosto 2018

#### **AUTORA**

Verónica Alexandra Ochoa Valle

#### **TUTORA**

Lic. Katuska Figueredo Villa PhD.

**RIOBAMBA – ECUADOR**

2018

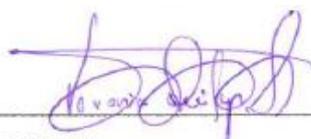
## **ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL CERTIFICACIÓN**

Mediante la presente los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación: **Conocimientos del equipo de salud sobre cuidados paliativos al paciente diabético. Distrito de salud Chambo-Riobamba. Abril-agosto 2018**, realizado por Verónica Alexandra Ochoa Valle y asesorado por: PhD. Katuska Figueredo Villa en calidad de tutora.

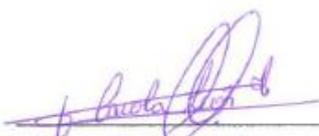
Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cuál se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:  
Riobamba, 2018

MsC. Cecilia Verónica Quisphi Lucero  
**PRESIDENTA**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

MsC. Mayra Carola León Insuasty  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

MsC. Susana Padilla Buñay  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

PhD Katuska Figueredo Villa.  
**TUTORA**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería con el tema: **Conocimientos del equipo de salud sobre cuidados paliativos al paciente diabético. Distrito de salud Chambo-Riobamba. Abril-agosto 2018**, ha sido elaborado por Verónica Alexandra Ochoa Valle y asesorado de forma permanente por la PhD. Katuska Figueredo Villa en calidad de tutora, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Es todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:



.....  
PhD. Katuska Figueredo Villa.

## **DERECHOS DE AUTORÍA**

El contenido del presente proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a Verónica Alexandra Ochoa Valle como responsable de las ideas, convicciones y resultados expuestos en el presente trabajo de investigación y de la tutora del proyecto PhD. Katiuska Figueredo Villa y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Atentamente.



Verónica Alexandra Ochoa Valle

CI. 210095749-3

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por la vida, la salud y protección que he recibido durante toda la vida y en esta etapa de formación en la carrera profesional.

Agradezco a mis padres por su inmensa comprensión y apoyo tanto emocional y económico para salir adelante y ser una mujer de bien.

A mí querida tutora. Lic. Katiuska Figueredo quien me orientó y guio, compartiendo sus conocimientos en el desarrollo y culminación de este proyecto.

Un agradecimiento inmenso a la Universidad Nacional de Chimborazo y a quienes conforman la Carrera de Enfermería; a las docentes por las enseñanzas brindadas durante estos años, guiando la formación y culminación de estudios.

Agradezco a todo el personal de los Centros de Salud que conforman el Distrito Chambo-Riobamba por su colaboración en este trabajo investigativo.

**Verónica Alexandra Ochoa Valle**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, quien me ha dado fortaleza y sabiduría, por estar siempre conmigo sin desampararme y por las bendiciones que he recibido durante todo el periodo estudiantil. A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo mantenido a lo largo del tiempo. A mis hermanos quienes me inspiran y dan la fortaleza para ser mejor ser humano cada día y no decaer ante las adversidades, a quienes creyeron en mí y supieron apoyarme de alguna manera y siempre estuvieron a mi lado.

**Verónica Alexandra Ochoa Valle**

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA .....	I
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....	II
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	III
DERECHOS DE AUTORÍA .....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
DEDICATORIA .....	VI
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT .....	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	4
MARCO TEÓRICO .....	5
Diabetes Mellitus .....	5
Paciente diabético.....	5
Criterios de diagnóstico .....	6
Tratamiento.....	8
Cuidados Paliativos.....	10
Principios bioéticos.....	11
Equipo de salud.....	13
Niveles de atención .....	14
METODOLOGÍA .....	18
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	19
Propuesta de temas de intervención .....	27
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

## RESUMEN

El cuidado paliativo es considerado como la atención proporcionada por el equipo multidisciplinario a pacientes con enfermedades graves o crónicas, con el propósito de mejorar la calidad de vida de él y su familia. El objetivo del estudio fue describir el conocimiento que poseen los profesionales que laboran en los centros de salud del Distrito Chambo-Riobamba sobre cuidados paliativos al paciente diabético, en el período abril-agosto del 2018. Se realizó un estudio descriptivo, transversal con enfoque mixto. El instrumento empleado fue un cuestionario de preguntas abiertas a profesionales y la autora especifica que el cuidado sea dirigido a estos usuarios. La muestra quedó conformada por 83 profesionales, con predominio de los médicos (38.56%), del total de participantes el 80.72% refieren no haber estado vinculados a proyectos enfocados a estos cuidados, en su mayoría tienen menos de cinco años de experiencia laboral y no cuentan con estudios de postgrado. Con referencia al conocimiento sobre los principios en el cuidado paliativo destacan los relacionados con la bioética como la beneficencia y una minoría el manejo del dolor. Sin embargo, las intervenciones se dirigen a la atención personalizada que se brinda de acuerdo a las necesidades del individuo. A partir de su experiencia profesional promueven actividades que mejoran la calidad de vida del paciente desde el aspecto físico, emocional y confort, así como la prevención de complicaciones y fortalecimiento de su autocuidado. Los resultados justifican el planteamiento de temas educativos que capaciten al equipo de profesionales de salud sobre los cuidados paliativos.

**Palabras clave:** equipo de salud, cuidados paliativos, paciente diabético.

## ABSTRACT

Palliative care is considered as the care provided by the multidisciplinary team to patients with serious or chronic illnesses, with the purpose of improving the quality of life of him and his family. This research has the objective of discovering the knowledge that professionals who work in the health centers of the District Chambo-Riobamba have about palliative care to the diabetic patient, in the period April-August of 2018. The type of research correspond to a descriptive and transversal process. The technique used was a questionnaire of questions open to professionals, the simple was applied to 83 professionals, with predominance of physicians (38.56%), of the total participants 80.72% refer not to have been linked to projects focused on these care, mostly have less than five years of work experience and not they have postgraduate studies, with reference to the knowledge of the principles in palliative care, there are those related to bioethics such as beneficence and a minority managing pain. However, the interventions are directed to the personalized attention that is provided according to the needs of each person. From their professional experience they promote activities that improve the quality of life of the patient from the physical, emotional and comfort aspects, as well as the prevention of complications and strengthening of their self-care. The results justify the approach of educational topics that train the team of health professionals on palliative care.

**Keywords:** Health team, palliative care, diabetic patient.

Reviewed by: Granizo, Sonia  
Language Center Teacher



## INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) son aquellas que tienen larga duración y una evolución lenta, actualmente son reconocidas como un problema de salud pública que afecta ámbitos nacionales e internacionales, originando gran conmoción sobre su población, provocando vulnerabilidad económica y social, convirtiéndose en causa principal de morbi-mortalidad<sup>(1)</sup>

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(2)</sup> dentro de las ECNT se encuentra el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares y la diabetes, entre otros, que serán responsables del 60% del daño y del 73% de todas las muertes causadas en el mundo para el año 2020. Este tipo de padecimientos afectan desproporcionadamente a todas las regiones y países donde se registran más del 75% de muertes por esta causa, afectando a todos los grupos de edad en especial a las más avanzadas, aunque los datos manifiestan que 15 millones de todas las defunciones atribuidas a estas se producen entre los 30 y 69 años de edad.

Por su parte la Diabetes Mellitus (DM) es considerada una enfermedad crónica-degenerativa calificada como una de las más frecuentes en la población, esta conlleva a un sinnúmero de complicaciones las cuales causan un gran impacto en la calidad de vida de quien la padece.

Según la (OMS)<sup>(3)</sup> la diabetes surge cuando el páncreas no fabrica suficiente insulina o cuando el organismo no la utiliza de forma adecuada, esta puede distinguirse por la presencia de hiperglucemia a resultado de su desabastecimiento. La insulina es una hormona que asume un papel vital en el proceso metabólico y que es trascendental en el manejo de la energía, consintiendo que ingrese la glucosa a las células del cuerpo puesto que estas proporcionan la fuerza necesaria para que el organismo pueda realizar las actividades cotidianas, tal es el caso que el paciente debe familiarizarse a la forma que evoluciona su enfermedad, así como a las situaciones que requiere su diario vivir.

En el Ecuador, año 2014 el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)<sup>(4)</sup>, reportó como segunda causa de mortalidad general a la DM, colocándose como la primera razón de muerte en la población femenina y la tercera en la masculina, obteniendo las tasas más elevadas en las provincias de la Costa y la zona Insular. Asimismo la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

(DNEAIS) <sup>(5)</sup> actualizada en el 2016 refiere que en la provincia de Chimborazo la DM aportó para ese periodo un total de 80 defunciones por este motivo, situación que la ubicó en el segundo lugar a nivel nacional; de los cuales en el Distrito Chambo–Riobamba se reportaron 64 decesos, cifra que representó el 4.83% de estas muertes.

Una vigilancia sanitaria efectiva, oportuna, la detección temprana y tratamiento apropiado son opciones eficientes los mismos que disminuyen los efectos de estas enfermedades; no obstante, al considerarse crónicas y degenerativas pueden ir deteriorando el nivel de salud de la persona, siendo indispensable brindar atención eficaz, realista y accesible hacia los individuos que la padecen.

Mientras tanto, los Cuidados Paliativos (CP) son cuidados que mejoran la calidad de vida del paciente con diagnóstico de enfermedades crónicas, debilitantes o amenazantes, donde su pronóstico es limitado y la principal preocupación es mantener y/o restablecer su salud, incorporando al paciente y a su familia en este cuidado. Este tipo de intervenciones se afianzan cada vez más como requerimientos usuales en los programas de salud considerando la necesidad de su implementación para promover una atención digna y humanitaria en una situación difícil, forjando el trabajo en equipo ante concepciones que posibiliten el funcionamiento de los recursos de salud.<sup>(6)</sup>

En las instituciones de salud del Ecuador existe inexperiencia sobre la atención paliativa a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y su familia. Uno de los elementos primordiales que intervienen en el éxito de la entrega de atención en salud es la preparación de los profesionales, sus actitudes, creencias y experiencias que establecen no solo su práctica, sino también su conducta durante la valoración y tratamiento. En la actualidad en el país no se evidencian estudios que valoren los conocimientos de CP en los profesionales de salud, especialmente en el primer nivel de atención y los realizados se enfocan en la etapa terminal del paciente, en su mayoría a los padecimientos oncológico a nivel hospitalario.<sup>(7)</sup>

Sin embargo, Dávalos V. Directora del departamento de ciencias de la salud de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) <sup>(8)</sup> impulsó la investigación “Conocimientos, actitudes, percepciones y expectativas de los médicos ante los cuidados paliativos en Ecuador”, la cual se enfoca en presentar la trascendencia que proporcionan los profesionales a los CP y actualmente sigue recabando datos de dicha encuesta vía online.

Pozo X- Especialista del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP)<sup>(9)</sup> declara que todos los profesionales se han formado para curar, sin enfatizar en la prevención de complicaciones y adaptación del paciente a una enfermedad crónica, por lo que se debería impulsar la participación del equipo multidisciplinario y difusión del cuidado a nivel sanitario. Mientras Fernández T. Presidenta de la Sociedad de Cuidados Paliativos (SECUP)<sup>9</sup> ha recalcado que la mayor falencia en este país se debe a la carencia de postgrados y especializaciones en CP, además, resaltó que sería pertinente incorporarla como una materia en las facultades de salud. En la actualidad la misma se imparte en cuatro escuelas de medicina y dos de enfermería, mientras que a nivel país existen solo cuatro profesionales con maestría oficial registrada.

En este mismo contexto se menciona que de las defunciones en el país el 35% ameritaba atención paliativa, es por ello la necesidad de fortalecer esta asistencia. Desde el año 2014 al presente existen varios centros públicos en Guayaquil, Quito y Macas; igualmente desde el 2015 se presenta la guía de práctica clínica sobre CP, la cual ha servido como referente ante la actuación de los profesionales. Sin embargo, prevalecen deficiencias a nivel del sistema de salud las cuales deben ser perfeccionadas mediante la implementación de la misma.<sup>(9)</sup>

Atendiendo a estas consideraciones es preciso proponer acciones que faciliten la atención y brinden elementos de vinculación eficiente, es indudable que el CP no consta aún entre las prioridades del sistema de salud y está enfocada mayoritariamente hacia el paciente en etapas finales de la vida. Por tal motivo se presenta esta investigación con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento del equipo de salud sobre el tema paliativo y a la vez plantear acciones educativas que contribuyan al mejoramiento de la atención a partir de las necesidades manifestadas.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Describir el conocimiento que poseen los profesionales que laboran en los centros de salud del Distrito Chambo-Riobamba sobre cuidados paliativos al paciente diabético, en el período abril-agosto de 2018.

### **ESPECÍFICOS**

- Determinar datos generales de los profesionales que participan en el estudio.
- Identificar el conocimiento que poseen sobre los principios bioéticos y su aplicación en las intervenciones de cuidados paliativos en el paciente diabético.
- Proponer temas para el fortalecimiento de los conocimientos del equipo de salud sobre intervenciones paliativas al paciente diabético.

## MARCO TEÓRICO

Las ECNT constituyen uno de los mayores desafíos a los cuales se enfrenta el sistema de salud, se caracterizan por su duración y evolución prolongada, no se resuelven de forma espontánea y rara vez logran su cura. Las mismas son el resultado de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales que afectan en mayor medida a poblaciones de ingresos bajos y medios, esto genera una gran carga social, incapacitación prematura. Además, de forma económica conlleva a un costo elevado del tratamiento, generando mayor repercusión y causas de muerte. <sup>(10)</sup>

Tradicionalmente se consideraba que padecer una ECNT suponía una sentencia de muerte que tarde o temprano se cumplía; en el momento actual no es así, debido al avance científico se conocen nuevos tratamientos que reducen de forma significativa la letalidad de algunas enfermedades. También coexiste la posibilidad de eludir complicaciones mediante el control periódico como es el caso del paciente con DM, que a través de acciones preventivas se reducen dificultades posteriores. <sup>(11)</sup>

El impacto creciente de las ECNT entre ellas la diabetes, es un problema creciente en países especialmente latinoamericanos, constituyendo el 9% de todas las muertes de la región, considerando que unas 330.000 personas mueran a causa de ella. Ninguna otra enfermedad crónica presenta tantas complicaciones concernientes, ni comorbilidad, lo que se estima como un factor de riesgo para otras enfermedades. <sup>(12)</sup>

### **Diabetes Mellitus**

El término DM puntualiza un desorden metabólico por múltiples causas, caracterizado por lo general con hiperglucemia crónica que conlleva a alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. También resulta defectos en la secreción y función de la insulina, asociada con daño a largo plazo, disfunción e irregularidad de diversos órganos, especialmente en los ojos, corazón, riñones, nervios y vasos sanguíneos. <sup>(13)</sup>

### **Paciente diabético**

Los cambios que se ocasionan en los pacientes con DM se debe al déficit de producción de insulina puesto disminuye y altera el mecanismo regulador, la misma no puede movilizarse hacia las diferentes zonas del organismo y convertirse en energía, originando el aumento de glucosa en sangre y al no penetrar en las células continúa elevándose provocando alteraciones en la salud de la persona. Esta enfermedad puede

causar modificaciones no solo físicas, sino en el aspecto emocional y las relaciones familiares al enfrentar una situación desconocida y atemorizante.

En la última década la prevalencia de la diabetes se ha incrementado, misma que en el año 2012 provocó 1,5 millones de muertes y el nivel de glucosa elevado en sangre ocasionó otros 2,2 millones de defunciones, incrementando los riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. <sup>(14)</sup>

Tal es el caso que esta enfermedad puede presentar síntomas característicos, pero con frecuencia estos no son graves o no se aprecian a simple vista; lo que puede suscitar cambios tanto funcionales como patológicos antes de llegar al diagnóstico final. Las dificultades crónicas que puede producir incluyen el gradual progreso de retinopatía lo que podría ocasionar ceguera; nefropatía que puede producir fallo renal; neuropatía periférica con riesgo de lesiones, amputaciones, infecciones, enfermedades cardiovasculares, entre ellas cardiopatía y ACV. <sup>(15)</sup>

La DM se clasifica de acuerdo a las siguientes categorías. <sup>(16)</sup>

**Tipo 1:** También llamada insulino dependiente o DM de comienzo juvenil la cual afecta a personas de cualquier edad, por lo general antes de los 30 años, es de origen autoinmune en donde el sistema inmunitario del paciente arremete y destruye las células beta pancreáticas responsabilizadas de fabricar insulina. Cuando aparecen los síntomas iniciales el páncreas ya ha perdido esa función casi por completo, por lo que se necesita tratamiento desde el primer día que se detecta la enfermedad.

**Tipo 2:** Es el tipo de diabetes más frecuente, causada principalmente por factores que predisponen a padecerla como la obesidad, sedentarismo, entre otros. Aparece cuando el organismo no elabora una adecuada secreción de insulina o es incapaz de emplearla apropiadamente; es decir se produce una resistencia.

**Diabetes Gestacional:** Desorden provocado por un estado de hiperglucemia secundario a la gestación, con mayor frecuencia aparece entre la 24 y 28 semanas de embarazo y desaparece después del parto. El origen se debe a que las hormonas fetales suscitan el aumento de glucosa en sangre, con el parto la diabetes se disipa. Se debe tener en cuenta que las mujeres que han padecido esta enfermedad durante su etapa gestacional poseen mayor riesgo de presentar a futuro DM tipo 2.

### **Criterios de diagnóstico**

De acuerdo a los nuevos criterios el diagnóstico se fundamenta a partir de los niveles de glucosa inferior o superior a los valores normales, 70-100mg/dl en ayunas y menos de

140 mg/dl dos horas después de las comidas, con la intención de iniciar precozmente el tratamiento y reducir las complicaciones. Los criterios bioquímicos de laboratorio convencionales para la confirmación del diagnóstico contenidos en la American Diabetes Asociación (ADA 2018) <sup>(17)</sup> se considera que una persona tiene DM, cuando uno de los siguientes criterios bioquímicos está presente:

- Glucosa en ayunas  $\geq 126$  mg/dL (es preciso que durante las últimas 8 horas no haber tenido ingesta calórica).
- Glucosa plasmática a las 2 horas de  $\geq 200$  mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa, realizar la prueba con una carga de 75 gramos de glucosa disuelta en agua.
- Hemoglobina glucosilada (A1C)  $\geq 6.5\%$ .
- Paciente con síntomas conocidos de hiperglicemia o crisis hiperglucémica con una glucosa al azar  $\geq 200$  mg/dL

Entre los síntomas que caracterizan la DM se incluyen: poliuria, polidipsia, incremento del apetito, fatiga, agotamiento, visión borrosa, entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies, lesiones que no cicatrizan además pérdida de peso. Para el diagnóstico de la enfermedad en una persona con síntomas clásicos, requiere solo uno de los criterios bioquímicos anteriores. <sup>(18)</sup>

En la diabetes tipo 1 la sintomatología puede presentarse de forma rápida incluso en semanas, lo contrario que sucede con la de tipo 2 puesto que los mismos suelen desarrollarse de forma lenta a lo largo de varios años, manifestarse de manera insignificante que no pueden notarse de forma preliminar. Algunos individuos solo reconocen que tienen la enfermedad cuando aparecen problemas de salud vinculados a la misma. <sup>(18)</sup>

Después del diagnóstico de la diabetes se determina si es tipo 1 ó 2, mediante un análisis en sangre para detectar si hay la presencia de péptidos, el cual indica cuanta insulina está produciendo el cuerpo y cuando el nivel es bajo por lo general indica DM tipo 1. Además, la detección de anticuerpos mediante pruebas (anticuerpo contra el ácido glutámico decarboxilasa, anticuerpos antiinsulínicos, entre otros) en el cual se busca anticuerpos contra una enzima específica en las células del páncreas. También puede realizarse una prueba de orina en la que se identifica la presencia de cetonas y corrobora el tipo de diabetes antes mencionado. <sup>(19)</sup>

Por otra parte, la diabetes gestacional se considera presente cuando la glucemia en ayunas es igual o mayor a 100 mg/dl o la PTG-O es mayor o igual a 126 mg/dl y/o a las dos horas es igual o mayor a 140 mg/dl.<sup>(20)</sup>

La meta del análisis es lograr una glucemia en ayuno menor a 90 mg/dL y dos horas postprandial menor a 120 mg/dL. El tamizaje dependerá de la clasificación del riesgo, definiendo alto riesgo cuando los resultados obtenidos se encuentre con una glicemia en ayunas entre los siguientes parámetros:<sup>(20)</sup>

- Mayor a 126mg/dL = diabetes pre-existente.
- Entre 92 a 126 mg/dL = DG.
- Menor de 92mg/dL = se realizará una PTOG de 75g entre las semanas 24 y 28 de gestación.

Mientras que en el riesgo moderado se realizará una PTOG de 75g a la gestante entre la semana 24-28.

### **Tratamiento**

El objetivo principal del tratamiento es conservar el nivel de glucosa en sangre lo más próximo a las cifras normales; de este modo se considera que se puede prevenir o retrasar la aparición de síntomas y complicaciones de la enfermedad. Los fundamentos sobre los que se ha basado en los últimos años contemplan: la dieta, el ejercicio, la educación al paciente y su familia sobre la patología y los hipoglucemiantes que se administran.<sup>(21)</sup>

El tratamiento se combina en:

- **No farmacológico:** orientado en la modificación del estilo de vida, donde la educación debe ser un componente fundamental del manejo de la enfermedad durante toda la vida del paciente; además se recomiendan el seguimiento a las familias que tengan integrantes con esta patología, para brindar acciones de promoción y controles frecuentes, fomentando planes estratégicos ante dicha enfermedad.<sup>(22)</sup>

En efecto el estilo de vida es considerado un hábito, una combinación de costumbres o actitudes que desarrollan las personas y que muchas de las veces son perjudiciales para su salud. El manejo terapéutico adecuado en el paciente diabético tiene gran impacto en las complicaciones agudas y crónicas. El desarrollo de conductas saludables especialmente en aspectos concernientes con su alimentación, actividad física,

adherencia al tratamiento, actividades recreativas, interpersonales, laborales y sociales, así como el no consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco) y disminución del estrés contribuyen al mejoramiento de su salud.<sup>(21)</sup>

- **Farmacológico:** Debe considerarse su empleo cuando la dieta y el ejercicio físico no alcance un adecuado control de la glucosa tras un período razonable (4-12 semanas) después del diagnóstico. Este método está dispuesto a base de insulina en sus distintas presentaciones y de antidiabéticos orales, de estos últimos actualmente se comercializan sulfonilureas, biguanidas, glucosidasas, inhibidores de la alfa- la repaglinida y en un futuro cercano se tiene previsto las tiazolidinedionas .<sup>(23)</sup>

En el caso de la diabetes tipo 1 se debe administrar insulina por vía subcutánea y la dosis dependerá de la edad, peso, tiempo que padece la enfermedad, alimentación y ejercicios. La dosis habitual es 0,7 a 1 U/kg/día 3 a 4 veces al día antes de cada comida, este medicamento viene en varias presentaciones: de acción prolongada, rápida o ultrarrápida y se prescribirá de acuerdo a la necesidad de cada paciente. Además, se debe educar sobre la dosis y hora correcta de administración, ingesta de una alimentación balanceada y actividad física constante.<sup>(24)</sup> Igualmente, en los pacientes que padecen de DM 2 se comienza con el control frecuente de la glucosa, con la finalidad de aliviar y prevenir ciertas complicaciones, si no existiera dificultad alguna se iniciará con fármacos prescritos según la condición del paciente, siendo más frecuente la Metformina 500 mg vía oral una dosis diaria.<sup>(25)</sup>

El tratamiento de la diabetes durante la etapa gestacional es mediante la administración de insulina (regular y NPH), y/o la metformina, estas son alternativas que se utilizan antes y durante el embarazo. El régimen farmacológico se recomienda cuando la dieta y el ejercicio no logran alcanzar los niveles esperados en un período de 2 semanas. La dosis de insulina transita desde 0,2 U 7Kg hasta 1,0 U/Kg de peso. La decisión de utilizar este medicamento será responsabilidad del médico especialista, quien basado en los resultados obtenidos y analizando cada caso determinará la necesidad de implementar el tratamiento.<sup>(20)</sup> No obstante, la prevención y seguimiento que se efectúa en los diabéticos, modifica de forma positiva el estado de salud si cumple con el tratamiento indicado y recibe CP, de lo contrario puede presentar complicaciones como las enfermedades cardiovasculares, renales, demencia y algunos tipos de cáncer.

## **Cuidados Paliativos**

Según Camargo R. <sup>(26)</sup> el CP es el cuidado asistencial e integral centrado no solo el control del dolor y otros síntomas, sino también en el abordaje de los aspectos psicológicos, sociales, espirituales y familiares, encaminados a mejorar el bienestar del paciente y su familia. Además de la interrelación del equipo de salud con su entorno.

El desarrollo del término paliativo en el Ecuador tuvo su origen con los Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (ABEI) como pioneros en el año 1973 en la ciudad de Quito, con un servicio que contaba con 17 camas y acogía a personas con enfermedades crónicas y adulto mayor. En el año 1977 Redelli creó la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL), en la actualidad la misma ofrece atención integral e interdisciplinaria. Posteriormente en la ciudad de Guayaquil (año 2000) se abrió el servicio de CP en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Tanca Marengo<sup>(27)</sup>

A continuación, se relacionan eventos que contribuyeron al progreso de los CP en este país: <sup>(27)</sup>

1998- La enseñanza de CP se inicia en la Universidad Estatal de Guayaquil.

2000 –Implementación de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) en Guayaquil.

2005- Primer Congreso Internacional de CP organizado por (FECUPAL).

2006-La fundación Jersey con el aval de la Pontifica Universidad Católica del Ecuador comienza la formación de profesionales de la salud y voluntarios en el tema de CP.

2007-Primer Diplomado de Enfermería en CP.

2009- Iniciación de cursos de posgrado de Oncología y CP para enfermeras.

2011- Se promulga el acuerdo ministerial donde se reconocen los CP como una necesidad y parte fundamental del Sistema Nacional de Salud.

Atendiendo a estas consideraciones y al esfuerzo que se ha desempeñado para su implementación, el objetivo primordial se centra en lograr la adaptación congruente frente a esta situación, con un posicionamiento activo ante el tratamiento mediante el manejo multidimensional e interdisciplinar en cada paciente. El personal sanitario ante la sintomatología que manifiesta esta persona es invadido por un estado de duda constante sobre qué es lo más adecuado hacer para beneficiar al enfermo y su familia. El desempeño del profesional no debe ser empírico, sino sustentado en el conocimiento científico que contribuye al análisis entre los integrantes del equipo y la propuesta de

resolución a las necesidades afectadas en el individuo, teniendo en cuenta los principios éticos. <sup>(28)</sup>

### **Principios bioéticos**

Desde hace más de 24 siglos la medicina incorporó a la bioética como respuesta a la necesidad social y profesional con el propósito de solucionar dilemas o conflictos éticos, estos se han transformado con la finalidad de garantizar que los mismos estén al servicio de los seres humanos en las diferentes disciplinas, entre ellos se encuentran: <sup>(29)</sup>

1. **Beneficencia:** este principio indica que las personas no solamente deben de tratarse de manera ética respetando sus decisiones y autonomía sino también procurar su máximo bienestar.

2. **No maleficencia:** tiene como base primordial no causar daño ya sea este intencional o intencionalmente, por lo general coincide con brindarle los mejores cuidados al paciente lo que ciertamente va relacionado con la beneficencia, aunque en ciertos casos pueden estos contraponerse.

3. **Autonomía:** toma en cuenta la libertad y la responsabilidad del paciente que es quien decide lo que es mejor para él de acuerdo a su perspectiva.

4. **Justicia:** consiste en la imparcialidad de cargas y beneficios. Promueve la equidad evitando desigualdades en la atención sanitaria.

Desde otro punto de vista, Taboada <sup>(30)</sup> propone cinco principios bioéticos generalmente aceptados en los diversos códigos de ética médica y que tienen especial relevancia en el CP:

- **Inviolabilidad de la vida humana:** respetar y promover la vida es el primer preponderante en donde se establece la importancia de la vida, contemplando la muerte como un transcurso sistemático el cual no debe acelerar la llegada de la muerte ni tampoco postergarla, simplemente se considera el derecho a morir con dignidad.
- **Proporcionalidad terapéutica:** sustenta que existe el compromiso moral de efectuar medidas terapéuticas que tengan una relación de equilibrio entre el riesgo-beneficio. Por tanto, para determinar un caso particular es necesario realizar un juicio de proporcionalidad lo cual requiere de prudencia, respeto por la vida y la dignidad humana.

- **Veracidad:** es el soporte de la confianza en las relaciones interpersonales, comunicar la realidad al paciente y a sus familiares integra un beneficio para ellos, pues posibilita su cooperación activa en el proceso de la toma de decisiones. Es así que esta debe ir precedida por una cuidadosa reflexión sobre el qué, cómo, cuándo y a quién se debe informar aplicando con prudencia los cuatro principios básicos <sup>(31)</sup>
- **No abandono:** la atención de pacientes terminales nos confronta con situaciones de sufrimiento y muerte, frente a las que pueden surgir ante la impresión de incapacidad, ello pone al análisis la verdad del respeto por la dignidad de toda persona, aún en circunstancias de extrema fragilidad y dependencia. En la medicina paliativa nos menciona que incluso cuando no se puede curar, siempre es factible acompañar y confortar <sup>(30)</sup>
- **Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia:** es habitual que estos pacientes demuestren dolor intenso, inquietud, angustia, agitación, confusión mental, en donde para el manejo de estos síntomas es elemental utilizar ciertos narcóticos como la morfina, que puede provocar alteraciones e incluso suprimir la conciencia. Este principio establece las condiciones que deben efectuarse para que un acto que puede tener incontables efectos buenos y malos sea moralmente permitido, relacionándose directamente con la proporcionalidad terapéutica. <sup>(31)</sup>

Los dos principios primordiales en la medicina son causar el bien y minimizar el daño, lo que constituye buscar un equilibrio aceptable entre el beneficio y reacciones negativas del tratamiento. En un principio, las unidades de CP acogían a pacientes oncológicos cuyo pronóstico limitado de vida era inferior a seis meses. En la actualidad, es más amplio y se incluyen a las enfermedades crónicas donde se puede asociar la DM; mientras que esta enfermedad en fases avanzadas incorpora dificultades que conllevan a una esperanza de vida reducida, por tanto, la autora considera que los individuos portadores de esta patología deben recibir CP.

Dentro del abordaje interdisciplinar en el paciente paliativo la atención primaria desempeña un papel importante, son prácticas en que el equipo de salud debe estar formado para el control no solo de síntomas y complicaciones a nivel hospitalario, sino que brinde cuidado integral a la persona y su familia a nivel domiciliario; dirigido a la promoción, prevención y asesoramiento sobre el cuadro clínico que pueda presentar. <sup>(32)</sup>

Las peculiaridades del enfermo obligan una planificación de objetivos terapéuticos de forma individualizada en relación con la DM, edad, sexo, patrones culturales, educación, y condiciones de vida, ratifican la necesidad de una atención personalizada a partir de los CP, con un enfoque interdisciplinario, dinámico y sistémico. <sup>(33)</sup>

### **Equipo de salud**

El equipo de salud debe demostrar profesionalidad y humanismo ante el paciente en cualquiera de las etapas de la enfermedad ya sea el diagnóstico, complicaciones u en los últimos momentos de vida. Aunque la mayoría de los cuidados que se brindan están protocolizados, la investigadora opina que debe existir cierta flexibilidad debido a que cada individuo es un ser único y especial y el mejoramiento de su salud depende de la actitud que adopten estos profesionales.

De acuerdo al Manual de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) <sup>(34)</sup> uno de los desafíos es incorporar el abordaje y servicios de CP en bien de ofrecer una atención integral a pacientes que se encuentren en una fase terminal, atendiendo así sus limitaciones hasta el momento de morir facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo. La autora coincide con lo que plantea el MAIS-FCI, sin embargo, considera que las intervenciones paliativas se deben implementar desde el diagnóstico de una enfermedad crónica. Además, en este en este mismo contexto el equipo básico es el grupo de profesionales que realiza diferentes funciones y actividades con responsabilidad, a través de una metodología compartida hacia un objetivo común, el cuidado del paciente.

En el primer nivel de salud los equipos de atención integral deben articularse a las características del sistema y de la comunidad que va recibir sus servicios. La constitución de los mismos varía de acuerdo a cada país de la región latinoamericana; por tanto, el sistema de salud ecuatoriano ha determinado estándares a nivel urbano como rural de acuerdo a su número de habitantes. <sup>(34)</sup>

Cada unidad tiene la responsabilidad de avalar la atención integral de las familias asignadas, identificación de riesgos y necesidades, garantizando la continuidad de la atención a través de la referencia contra referencia.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador es la autoridad sanitaria y ratifica la diferencia que existe en los establecimientos de salud constituyéndose por niveles de atención, el primero es el más próximo a la población, facilita y regulariza el flujo de

pacientes dentro del sistema, por su contacto directo con la comunidad y proponer soluciones a las necesidades básicas más frecuentes. Este servicio presta atención holística dirigida a la familia, individuo y comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades y complicaciones.<sup>(34)</sup>

### **Niveles de atención**

Se ha señalado niveles de atención en salud de acuerdo a la complejidad y el número de tareas diferenciadas, la necesidad que comprende la unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma, señalando los siguientes.<sup>(35)</sup>

- **Puesto Salud (PS):** Establecimiento ubicado en una zona rural que proporciona servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, así como acciones de participación comunitaria y primeros auxilios; siendo la unidad de máxima desconcentración misma que puede estar atendida por un auxiliar de enfermería o un Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS).

Los centros de salud (CS) son unidades estratégicas constituidas para promover acciones integrales de tipo ambulatorio, conformada por subcategorías:<sup>(35)</sup>

- **Tipo A:** institución que puede ubicarse tanto a nivel urbano como rural, para brindar servicios de prevención, promoción, recuperación de la salud, CP, atención médica, odontológica, enfermería y acciones de participación comunitaria.
- **Tipo B:** situado a nivel urbano, brinda acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud y CP mediante los servicios de medicina general, odontología, psicología y enfermería. Además, consta con el servicio de nutrición, trabajo social, laboratorio clínico, imagenología elemental, audiometría y farmacia.
- **Tipo C:** ejecuta acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y CP, servicios de medicina general y especialidades básicas como: odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia y emergencia; servicios auxiliares de laboratorio clínico, imagenología básica, farmacia; asimismo impulsa gestiones de participación social, referencia y contra-referencia.

Una atención primaria efectiva produce, beneficios y satisfacción al paciente y la familia ahorros monetarios importantes, puesto que disminuye la necesidad de referir pacientes a unidades especializadas así como la admisión hospitalaria, este nivel de atención no debe limitarse al manejo de síntomas físicos del paciente, sino que la atención paliativa ofrece apoyo, asesoría y acompañamiento para el manejo y el alivio de los diferentes aspectos concernientes de forma holística<sup>36</sup>.

Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia más que en un plazo de supervivencia esperado. Los profesionales del equipo multidisciplinario que intervienen en el proceso de atención están implicados en la participación del paciente en la toma de decisiones y deberán aportar información de forma clara y suficiente, permitiéndole expresar dudas y temores, resolviendo sus preguntas y facilitándole el tiempo necesario para que reflexione. Ayudar al paciente en la búsqueda de estrategias alternativas que mejoren su habilidad para enfrentarse con las situaciones estresantes, transformar las ideas negativas en positivas encaminadas a <sup>36</sup>:

1. Promoción de bienestar y calidad de vida del paciente, su familia o entorno significativo dentro de las condiciones que la evolución de la enfermedad le permita.
2. Detección de necesidades actuales y potenciales de la unidad de tratamiento.
3. Control de síntomas físicos que alteren la calidad de vida y prevención de la aparición de complicaciones y/o efectos secundarios de los tratamientos instituidos.
4. Implementación de intervenciones educativas y terapéuticas en las áreas farmacéutica, psicológica y social.
5. Disponibilidad de ámbitos y sistemas de acompañamiento y apoyo espiritual

Asimismo brindar intervenciones a cada uno de los involucrados dentro de la enfermedad y el control de ellos en diferentes aspectos<sup>37</sup>:

**Individual:**

- Mejorar la calidad de vida del paciente y valorar las necesidades que presente.
- Brindar cuidados necesarios que brinden equilibrio físico, psíquico, emocional y ambiental, confort y calidad en la atención.
- Ayudar al paciente en la búsqueda de estrategias alternativas que mejoren su habilidad para enfrentarse con las situaciones estresantes.

- Realizar una valoración de la capacidad para el cuidado y proporcionar apoyo educativo a los cuidadores.
- Aliviar el dolor de acuerdo con el método de la escalera analgésica de la OMS.y controlar los síntomas
- Indicar el tratamiento adecuado a cada síntoma según las mejores evidencias médicas.
- Evaluar, en forma permanente, la eficacia de los tratamientos indicados.

### **Familiar**<sup>37</sup>

- Realizar una valoración integral de la familia del paciente, con especial énfasis en el cuidador principal, con el fin de prevenir la fatiga en el desempeño de su rol, promoviendo el autocuidado y estableciendo la atención que precisen.
- El cuidador principal del paciente y la red de apoyo sociofamiliar específica deben figurar en lugar destacado en la historia clínica del paciente.
- Implantación de un protocolo de identificación de riesgo de claudicación familiar.
- Establecer un sistema de monitorización que permita evaluar el buen control del dolor y otros síntomas, con la periodicidad mínima de 1 ó 2 semanas, en función de las necesidades.
- Explicar a la familia con claridad y sencillez la situación del paciente respondiendo con paciencia sus dudas.
- Informar a la familia los cambios de estado de estos pacientes

### **Comunitario**<sup>37</sup>

- Los profesionales dispondrán del mapa de recursos de referencia y sus criterios de acceso, esta información estará accesible y será difundida en la población.
- Los equipos de cuidados paliativos colaborarán con atención especializada para la valoración conjunta de pacientes y realizarán labores de enlace con los Equipos de Atención Primaria (EAP), notificando el resultado de las intervenciones.
- Se impulsará el desarrollo de programas de voluntariado para acompañamiento a pacientes y familias.

- Existirán protocolos de actuación que especifiquen la adecuada selección, formación, entrenamiento, supervisión, reconocimiento y evaluación del voluntariado.
- Brindar asesoramiento y educación a la comunidad sobre aspectos generales de la repercusión de la enfermedad, la muerte y el duelo
- Establecer estrategias de intercambio de información con el paciente y la familia que favorezcan la comunicación fluida, abierta, veraz y dosificada, en temas relacionados al diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo-transversal, con enfoque mixto; con el objetivo de describir el conocimiento que poseen los profesionales que laboran en 14 centros de salud del Distrito Chambo-Riobamba sobre CP al paciente diabético; de la provincia Chimborazo, Ecuador, entre los que se encuentran: La Georgina, Santa Rosa, Centro de salud N.1, Lizarzaburu, Centro de salud N.3, Bella Vista, Loma de Quito, Lluclud, San Francisco, Chambo, San Juan, Pungalá, Lican, Calpi, en el período abril-agosto de 2018.

La población estuvo constituida por 170 profesionales que se encontraban en estos centros tanto urbano como rural y que pertenecen a los niveles de atención tipo A, B y C. De esa totalidad 87 no fueron incluidos debido a encontrarse de vacaciones, no estar presentes en la unidad al momento que se aplicó el instrumento o no querer participar en la investigación. Para la selección de la muestra se siguió un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, mediante el cual se seleccionaron 83 profesionales que dieron su consentimiento de participar en el estudio.

Se utilizaron métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto. Como técnica para la recolección de los datos se realizó a través de un cuestionario con preguntas abiertas tomado de Figueredo Villa<sup>(38)</sup> y la autora específica en el mismo que el cuidado sea dirigido al paciente diabético. El instrumento está conformado por datos generales del profesional y 4 preguntas que indagan sobre el conocimiento que tiene este grupo de estudio sobre principios bioéticos que sustentan los CP, el tipo de intervenciones para brindar este cuidado; así como la valoración de los resultados alcanzados a partir de la aplicación de los CP desde la experiencia personal. El análisis de los datos se realizó empleando técnicas de la estadística descriptiva, tales como distribución de frecuencias relativas y absolutas. Los mismos fueron recogidos en una tabla elaborada en Microsoft Excel, empleando fórmulas que facilitaron su procesamiento e interpretación de los mismos.

La investigadora respetó los principios bioéticos de la investigación científica, referidos a: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se obtuvieron las respectivas autorizaciones de los representantes de las instituciones de salud en el contexto de estudio y el consentimiento informado de los profesionales.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En relación con los datos generales de los profesionales incluidos en el estudio (tabla 1); se puede apreciar que predominaron los médicos 38.56%, seguido de las licenciadas en enfermería 34.94%, Mientras tanto se observa una diferencia significativa en el porcentaje de otras profesiones como Psicólogos, Odontólogos y Nutricionistas. No obstante, el equipo incorpora a personal de salud sin título universitario (Auxiliares de enfermería y Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS)) que desempeñan un rol significativo en la atención del paciente, los que se encuentran en menor cantidad en las unidades operativas, de acuerdo a lo establecido por el MSP del Ecuador y el MAIS-FCI.<sup>(34)</sup>

De igual manera prevalecen los médicos (40.63%) y las licenciadas en enfermería (58.62%) con experiencia profesional menor a 5 años. El 28.13% del total de los primeros son especialistas en: medicina familiar; los segundos con maestría en salud pública (10.34%), pero ninguna se relaciona con los temas de CP.

Mientras que de forma mayoritaria la población investigada no cuenta con estudios de postgrado. Los mismos refieren que inician su vida profesional en la rural, posterior a la misma presentan cierta inestabilidad tanto laboral como económica, que dificulta continuar estudios de cuarto nivel.

En el estudio realizado por Sánchez-Holgado, González-González y Torijano-Casalengua<sup>7</sup> en el 2017, describieron en su población de estudio que el 50% de los encuestados eran médicos, y el 85,7% enfermeras, además que el 40,4% tenían menos de 5 años de antigüedad en su puesto de trabajo como profesional, resultados similares con el estudio que se presenta.

**Tabla 1.** Datos generales de los profesionales que laboran en el Distrito Chambo-Riobamba, 2018.

PROFESIÓN	TOTAL		Vinculado a CP				Años de experiencia profesional										ESPECIALIDAD		
			SI		NO		0-5	%	6-10	%	11-15	%	16 - 20	%	21 y más	%		N°	% P
	N°	%	N	%	N°	%													
Médico	32	38.56	7	21.88	25	78.13													
							Cirugía	1	3.13										
							Discapacidades	2	6.25										
							Medicina Interna	1	3.13										
							Gerencia en Salud	1	3.13										
Licenciada(o) Enfermería	29	34.94	5	17.24	24	82.76	17	58.62	4	13.78	3	10.34	2	6.90	3	10.34	Gerencia en Salud	1	3.45
																	Salud Escolar	1	3.45
																	Salud Pública	3	10.34
Médico Rural	3	3.61	1	33.33	2	66.67	3	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>31.15</b>
Enfermera Rural	8	9.65	0	0.00	8	100.00	8	17.39	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00			
Auxiliar de enfermería	4	4.82	0	0.00	4	100.00	0	0.00	1	25.00	0	0.00	1	25.00	2	50.00			
Psicólogo	1	1.20	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00			
Odontólogo	1	1.20	0	0.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00			
Nutricionista	1	1.20	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00			
TAPS	4	4.82	1	25.00	3	75.00	4	10.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00			
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>	<b>16</b>	<b>19.31</b>	<b>67</b>	<b>80.72</b>	<b>46</b>	<b>55.42</b>	<b>15</b>	<b>18.07</b>	<b>4</b>	<b>4.82</b>	<b>7</b>	<b>8.43</b>	<b>11</b>	<b>13.25</b>			

En la revista médica, Gregorio Montalvo<sup>(39)</sup> Asesor del Consejo de Educación Superior (CES), en el año 2016 planteó el déficit en la presentación de programas y ofertas de especializaciones innovadoras en el campo de las ciencias de la salud. Este asesor recomienda que se realice un análisis de pertinencia, el cual debe estar en función de las necesidades del país ante la carencia de especialidades. También reconoce la importancia de abordar algunos temas como el CP en todos los profesionales de la salud desde el ambiente universitario para garantizar competencias, aptitudes y destrezas haciéndole frente a las exigencias y requerimientos que demanda la población.

La información antes mencionada concuerda con los resultados alcanzados en este estudio, donde el 80.72% de los profesionales no han estado vinculados a un programa o equipo de CP durante el tiempo que han ejercido su profesión. Al respecto, Estrada y Ramos<sup>(40)</sup> aplicaron una encuesta a 74 médicos que laboraban en el Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo en el año 2013, de los cuales 14 (18.9 %) manifestaron haber participado en un curso sobre esta temática y el 81.1% señaló no estar capacitado, coincidiendo con la investigación que se presenta.

En el plan de estudio de la Carrera de Enfermería, Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH) según el Oficio N.º 3756-SG-UNACH-2013 que notifica los cambios en el currículo de esta carrera mediante la RESOLUCIÓN N.º 077-CAP-20-05-2013, se constata que entre las asignaturas optativas se encuentra la de CP, la misma se imparte en el tercer semestre.<sup>(41)</sup> Así como, la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL)<sup>(42)</sup> en la Facultad de Ciencias de la Salud ha integrado temas relacionado al CP en la formación de pregrado de las carreras de medicina y enfermería; cuyo propósito es concientizar a los estudiantes sobre la temática mencionada en relación los principios éticos, función del equipo de salud e intervenciones que se deben brindar al paciente desde el diagnóstico de una enfermedad crónica o discapacidad, así como los adultos mayores, lo que contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Al explorar el conocimiento sobre los principios éticos que sustentan los CP (tabla 2) se observa que las respuestas se enfocan a los principios de la bioética de forma general, prevaleciendo la beneficencia en un 51.81% del personal encuestado y con mayor coincidencia en las licenciadas(os) de enfermería y médicos. Sin embargo, 12 profesionales refieren el manejo del dolor como principio ético en el CP, de ellos nueve son enfermeras(os); mientras que dos médicos y un médico rural expresan el principio

de inviolabilidad de la vida humana y no abandono respectivamente. Al mismo tiempo 70 respuestas no corresponden con los principios solicitados en la pregunta.

Desde este punto de vista Taboada<sup>(30)</sup> señala a los principios de CP como la ilustración y el desafío ético, hacia lo que se enfrenta el personal de salud en su práctica profesional, estableciendo lo que debe hacer y cómo poder hacerlo. Por tanto, es fundamental que se identifique de forma holística las dimensiones afectadas en cada paciente, resultado que permitirá brindar cuidado personalizado. La autora del estudio que se expone coincide que la base esencial de la medicina es curar, pero cuando esta acción no es posible la misión de los profesionales de la salud es cuidar, aliviar y consolar.

Autores como Ramos Estrada y Ramos Alonso<sup>(40)</sup> refieren en su investigación que el 90% de los médicos manifiestan que es prioritario el manejo del dolor. Al respecto Trujillo y colaboradores coinciden con lo antes planteado, al mismo tiempo incorporan el control de la sintomatología en etapa avanzada o terminal. Estos resultados difieren de los obtenidos en la investigación que se presenta puesto que se ha adjudicado a la beneficencia como punto principal de los principios éticos en CP.

Las intervenciones que brindan los profesionales en los centros de salud están relacionadas con las acciones dirigidas al paciente diabético de acuerdo a la Guía de práctica clínica sobre DM tipo 2.<sup>(22)</sup> En la misma se enfatiza sobre la consejería nutricional que se brinda a estos individuos, así como los controles periódicos, control de la glucosa y la educación relacionada con la medicación son los parámetros más destacados en los cuales se enfoca mayormente el personal de salud y que coinciden con los resultados obtenidos en esta investigación. No obstante, 30 respuestas no están relacionadas a las necesidades afectadas en estos enfermos.

**Tabla 2.** Mencione los principios éticos sobre los que se sustentan los CP e intervenciones que se aplica al paciente diabético

PREGUNTA 1	Médico		Médico Rural		Licenciada(o) Enfermería		Enfermera Rural		Auxiliar de enfermería		Psicólogo		Odontólogo		Nutricionista		TAPS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Beneficencia	16	50.00	1	33.33	17	58.62	5	62,50	1	25.00	0	0.00	1	100.00	1	100.00	1	25.00	43	51.81
No maleficencia	11	34.38	1	33.33	4	13.79	1	12.50	3	75.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	20	24.10
Autonomía	14	43.75	0	0.00	14	48.28	3	37.50	3	75.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	25.00	36	43.37
Confidencialidad	9	28.13	1	33.33	8	27.59	3	37.50	1	25.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	23	27.71
Manejo del dolor	2	6.25	1	33.33	9	31.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	12	14.46
Inviolabilidad de la vida humana	2	6.25	1	33.33	3	10.34	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	7.23
No abandono	2	6.25	1	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	3.61
<b>N° respuestas emitidas por los profesionales</b>																				
No corresponde a los principios éticos	21		1		23		9		2		3		0		1		10		70	
<b>PREGUNTA 2</b>																				
Hidratación y Cuidados de la piel	3	9.38	0	0.00	10	34.48	2	25.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	25.00	17	20.48
Consejería Nutricional	15	46.88	1	33.33	15	51.72	3	37.50	2	50.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	37	44.58
Educación para la salud	6	18.75	1	33.33	3	10.34	3	37.50	1	25.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	15	18.07
Control de Glucosa	8	25.00	0	0.00	12	41.38	6	75.00	1	25.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	28	33.73
Actividad física	5	15.63	0	0.00	4	13.79	0	0.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	25.00	11	13.25
Adherencia al tratamiento	7	21.88	1	33.33	9	31.03	3	37.50	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	75.00	24	28.92
Controles periódicos	13	40.63	2	66.67	7	24.14	2	25.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	75.00	28	33.73
Curación de heridas	2	6.25	1	33.33	4	13.79	0	0.00	2	50.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	10	12.05
<b>N° respuestas emitidas por los profesionales</b>																				
No corresponde a intervenciones	15		2		7		2		0		2		0		1		1		30	

En respuesta a la guía para paciente diabético y a la ejecución de las intervenciones, estos usuarios requieren de una atención médica continua, planificación del cuidado integral, valoración que permite identificar y priorizar las necesidades afectadas. Al mismo tiempo brindar la adecuada información sobre la enfermedad, prevención y reducción del riesgo de complicaciones agudas y crónicas, lo que propicia el control sobre su salud incrementando la calidad de vida.

Con referencia al tipo de intervención como se muestra en la tabla 3, los médicos, médicos rurales, enfermeras, enfermeras rurales, auxiliares de enfermería, psicólogos y odontólogos que representan el 51.81% refieren brindar atención personalizada, la que posibilita proporcionar cuidados a partir de las necesidades afectadas y les ayuda a convertirse en protagonistas al preservar y mejorar su propia salud. No obstante, de forma minoritaria algunos profesionales plantean ofrecer atención generalizada lo que dificulta identificar los problemas manifestados por el enfermo, siendo el gremio de médicos, enfermeras y enfermeras rurales, nutricionistas y TAPS quienes concuerdan en este aspecto.

Al respecto Alonso<sup>(43)</sup> en el año 2013 describe en su artículo la conformación de un cuidado personalizado e integral, con el propósito de brindar una atención humanizada encaminada al respeto de la individualidad y preferencias de los enfermos. Al mismo tiempo posibilita el acercamiento e interacción con la familia, a través de una comunicación adecuada que permita el manejo de las emociones y preocupaciones por sus intereses. Lo anteriormente expuesto constituye un elemento primordial en la formación de todo profesional de la salud.

Como resultado de la respuesta anterior 29 profesionales en su mayoría integrados por médicos y licenciadas de enfermería, refieren que los procesos de personalización responden a las necesidades del paciente y permite realizar una valoración integral. La autora considera que el personal de salud proporciona atención individual, familiar y comunitaria, es decir no atiende solamente enfermedades, sino que son capaces de proponer enfoques que ofrezcan y tomen en cuenta las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y del entorno. Cada individuo es un ser único y debemos verlo de forma integral, donde todos los factores asociados deben ser analizados en busca de soluciones.

**Tabla 3.** Intervenciones de CP que mencionan los profesionales

PREGUNTA 3	Médico		Médico Rural		Licenciada(o). Enfermería		Enfermera(o) Rural		Auxiliar enfermería		Psicólogo		Odontólogo		Nutricionista		TAPS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Personalizada	17	53.13	2	66.67	17	58.62	3	37.50	2	50.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	43	51.81
Generalizada	8	25.00	0	0.00	9	31.03	3	37.50	1	25.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	4	100.00	26	31.33
<b>PREGUNTA 3A</b>																				
De acuerdo a la necesidad del paciente,	7	21.88	1	33.33	7	24.14	2	25.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	18	41.86
Realizar una valoración individualiza	6	18.75	1	33.33	4	13.79	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	11	25.58
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>40.63</b>	<b>2</b>	<b>66.67</b>	<b>11</b>	<b>37.93</b>	<b>2</b>	<b>25.00</b>	<b>1</b>	<b>25.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>29</b>	<b>67.44</b>
<b>PREGUNTA 4</b>																				
Mejoran la calidad de vida del paciente tanto físico, emocional confort.	12	37.50	2	66.67	7	24.14	5	62.50	2	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	25.00	29	34.94
Restablecen y previenen complicaciones posteriores	3	9.38	1	33.33	4	13.79	0	0.00	2	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	10	12.05
Mejoran su bienestar y autocuidado	7	21.88	0	0.00	8	27.59	1	12.50	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	25.00	18	21.69
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>68.75</b>	<b>3</b>	<b>100.00</b>	<b>19</b>	<b>65.52</b>	<b>6</b>	<b>75.00</b>	<b>4</b>	<b>100.00</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>2</b>	<b>50.00</b>	<b>57</b>	<b>68.67</b>

De acuerdo con la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)<sup>(44)</sup> 2017, el proceso de la enfermedad implica la necesidad del manejo oportuno en el paciente para retardar la manifestación de complicaciones y en consecuencia reducir la mortalidad. Por tanto, la educación orientada al paciente y cuidadores desde el momento del diagnóstico beneficia la identificación temprana de sus necesidades y el análisis integrador, con el propósito de abordar el ámbito al paciente en su entorno.

En cuanto a la valoración de los CP a partir de la experiencia profesional el 34.94% confirma que estas intervenciones mejoran la calidad de vida del paciente desde el aspecto físico, emocional y de confort; así como el 12.05% refiere que las mismas restablecen y previenen complicaciones posteriores y el 21.69% que promueven su bienestar y autocuidado. De forma mayoritaria los médicos y las licenciadas en enfermería son los que proporcionan estas acciones.

En la bibliografía consultada no se evidencian resultados de investigación que aborden intervenciones de CP en el paciente diabético. No obstante López Rodríguez <sup>(45)</sup> recalca que el buen control de la diabetes tiene mejores posibilidades de lograrse cuando el usuario adquiere información explícita de su padecimiento y es a través de la educación que el individuo es capaz de incorporar el manejo de la enfermedad mediante su autocuidado previniendo así complicaciones. En este estudio se describe que el 62.5% de 16 entrevistados no habían recibido ninguna información sobre su patología, lo cual propició deterioro de su salud por estas falencias.

## **Propuesta de temas de intervención**

Los resultados obtenidos confirman la necesidad de proponer una capacitación sobre temas relevantes en CP dirigido a los profesionales que laboran en los centros de salud donde se desarrolló esta investigación. Los que constituyen una base fundamental para la atención personalizada con enfoque holístico hacia el cuidado del paciente durante el curso de su enfermedad, con la finalidad de alcanzar mejores resultados en el cuidado del individuo con diagnóstico de DM.

Los CP son claves para la atención de los pacientes que atraviesan momentos difíciles en su enfermedad ya sea durante el curso de su patología o cuando esta progresa, hoy en día es completamente fundamental que en la formación de todos los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos y otros) se incluyan temas relacionados con los CP para mejorar la atención. Por este motivo se propone los siguientes temas dirigidos hacia el equipo de salud con el fin de incrementar el conocimiento de forma sistemática y práctica sobre el tema mencionado.

- Capacitar al personal de salud sobre temas que engloben los CP:

### **Aspectos contextuales del cuidado paliativo**

- Marco histórico del cuidado paliativo a nivel mundial y situación actual en el Ecuador
- Normativa del CP

### **Bioética y Educación en Cuidados Paliativos**

- Bioética: consentimiento informado, voluntades anticipadas, limitación del esfuerzo terapéutico, dilemas y problemas éticos del final de la vida, derecho a morir dignamente.
- Comunicación asertiva.
- Sistemas de salud humanizada.
- Conocer los dilemas éticos que con mayor frecuencia se presentan en la práctica profesional.

### **Principios de los cuidados paliativos**

- Describir los principios que forman parte de los cuidados paliativos mediante el análisis de sus fundamentos, criterios, para homologar la práctica de la atención paliativa.
- Actitudes ante la muerte y su influencia en la provisión de cuidados

### **Habilidades de comunicación**

- Conocer e identificar aspectos específicos en relación con la comunicación y sus habilidades para afrontar situaciones de pacientes, familiares ante la enfermedad terminal.
- Reacciones adaptativas del paciente ante la situación de enfermedad terminal.

### **Aspectos sociales en cuidados paliativos**

- Redes de apoyo en CP.
- Aspectos psicológicos en el proceso de adaptación de cuidar.

### **Planes de cuidados específicos**

- Historia clínica detallada, valoración inicial, diagnósticos de enfermería, intervenciones y planes de cuidados, evaluación y registro.
- Identificar las funciones, reconocer los roles, responsabilidades y límites profesionales.
- Reconocimiento y manejo del impacto psicológico de los cuidados paliativos en el equipo.

### **Afrontamiento de pérdida y muerte**

- Conocimiento de intervenciones de ayuda al afrontamiento de situaciones.
- Comunicación con la persona enferma y familia.

### **Intervenciones aplicadas al paciente diabético**

- **Diabetes:**
  - En que consiste la diabetes y sus tipos.
  - Causas, síntomas y características generales del tratamiento.
  - ¿Qué es la glicemia? Valores normales.
  - Rangos normales de glicemia.
  - Significado de los valores normales.
  - Factores que afectan la glicemia.
- Valoración inicial de acuerdo a las necesidades.
- Asesoramiento.
- Educación para la salud: prevención, curación, rehabilitación
  - Dieta y ejercicio, control glicémico, adhesión al tratamiento, controles periódicos, otros.
- Cribado y tratamiento de complicaciones.
- Identificar los diferentes tipos de insulina y su efecto en el organismo.

- Manejar correctamente la técnica de inyección de insulina.
- Reconocer las funciones de los hipoglicemiantes, los distintos tipos que existen y la importancia de utilizar el indicado

### **Medicina complementaria**

- Emplear técnicas de medicina complementaria en el CP para restablecer la energía emocional del paciente y familia.
- Adoptar habilidades dentro de la medicina complementaria para el alivio del dolor y ansiedad.
- Valoración e identificación de las necesidades afectadas que presenten.

## CONCLUSIONES

- De acuerdo a los datos obtenidos de los profesionales que laboran en los centros de salud del Distrito Chambo-Riobamba se determinó un predominio del personal médico y en general de los que tienen menos de cinco años de experiencia profesional. De forma mayoritaria no cuentan con especialización o maestrías y los que la han realizado es en medicina familiar y salud pública; además refieren no haber estado vinculado a programas o servicios sobre CP.
- Los principios que rigen el CP de acuerdo a las manifestaciones planteadas se enfocan de forma preliminar hacia los principios bioéticos en los que prevalece de forma reiterativa la beneficencia, por tanto, se identifica el desconocimiento sobre los principios que se orientan realmente hacia el CP.
- Las intervenciones y su aplicación son parámetros que constituyen una debilidad en el equipo de salud, desde cómo abordar al paciente en etapa terminal o en proceso crónico hasta la manera de proporcionar soporte tanto al enfermo como a la familia. Sin embargo, la minoría de los profesionales ejecutan acciones relacionadas con este tema en individuos con DM, lo que pone de manifiesto la necesidad de corregir las falencias identificadas.
- Los resultados alcanzados justifican el planteamiento de temas educativos que capaciten a los profesionales de salud sobre los CP, con la finalidad de brindar atención en equipo y de calidad de forma integral al paciente diabético y su familia.

## RECOMENDACIONES

- Considerar la implementación de las guías de CP por el equipo multidisciplinario que labora en los centros de salud y dispongan de las herramientas necesarias para brindar atención continua e integral al enfermo y su familia; así como evaluar y manejar las enfermedades crónicas en fase terminal o desde su diagnóstico mejorando su calidad de vida.
- Promover equipos de trabajo con mecanismos de intervención activos a través de reuniones, discusión de casos, entrenamientos que permita la dinámica activa del trabajo.
- Desarrollar investigaciones sobre el tema paliativo, lo que permitirá obtener datos reales sobre la situación actual del cuidado brindado en las diferentes instituciones de salud.
- Establecer programas de formación continua y específica para los profesionales del sistema sanitario a fin de atender adecuadamente las necesidades visualizadas los mismos deben ser integrales e integrados en el modelo de sistema sanitario del país.
- Promover el diseño de planes de investigación orientados a la mejora de la atención de los pacientes que requieran CP.
- Proponer a nivel del Ministerio de Salud cursos online con certificación organizada por la carrera de enfermería.
- Al personal de salud se recomienda que genere alternativas de educación como planes educativos, intervenciones, cuidados que evalúen constantemente su conocimiento actual, para de esta forma poner en práctica intervenciones que le permitan mejorar el cuidado brindado.
- A nivel Universitario incluir dentro de la malla curricular de estudios la cátedra de Cuidado paliativo puesto que el cuidar es la esencia del ámbito de la salud.
- Se recomienda la formación de equipos de atención domiciliaria para promover y disminuir complicaciones, implementando el cuidado desde una perspectiva directa con el entorno del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robledo Martínez R; Escobar F. Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del Obs en Salud*. 2010;3(4):1-9. <http://www.bdigital.unal.edu.co/21517/1/17968-57896-1-PB.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades No Transmisibles. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Published 2018. Accessed July 22, 2018.
3. Mathers CD, Loncar D. OMS- Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. Samet J, ed. *PLoS Med*. 2006;3(11):2011-2030. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones 2014. 2014:2-586p. [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf). Accessed July 22, 2018.
5. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud(DNEAIS). Defunciones 2016 - Tableau Public. <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historial?publish=yes>. Published 2016. Accessed July 22, 2018.
6. Figueredo Villa K. Cuidados Paliativos: Una Opcion Vital Para Pacientes con Cancer de Mama. 2008;7:1-12. <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180414029008.pdf>. Accessed July 8, 2018.
7. Sánchez-Holgado J, Torijano-Casalengua JG-GML. Percepción Sobre Conocimientos en Cuidados Paliativos de los trabajadores de los Centros Sociosanitarios de Personas Mayores de una Zona Básica de Salud. 2016;42(1):19-24 p. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359314004444>.
8. Veletanga J. *Estudio Revelará La Realidad de Los Cuidados Paliativos En Ecuador*. Guayaquil; 2016. <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/realizan-estudio-para-conocer-la-realidad-de-los-cuidados-paliativos-88397>. Accessed August 3, 2018.
9. Coello C, Pozo X, Fernandez T. El 35% de las defunciones en el país ameritan atención paliativa. Redacción medica. <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/el-35-de-las-defunciones-en-el-pa-s-ameritan-atenci-n-paliativa-90963>. Published 2017. Accessed August 3, 2018.
10. Córdova-Villalobos Á, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, et al. Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en México: Sinopsis Epidemiológica y Prevención Integral. 2008:419-427P. <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2008/sal085j.pdf>. Accessed July 22, 2018.
11. Escobar MC, Petrásovits A, Peruga A, Silva N, Vives M, Robles S. Mitos sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles en América Latina. *Salud Publica Mex*. 2012;42(1):56-64. doi:10.1590/S0036-36342000000100011
12. Butt J, Strauss R. La Diabetes y Las EnfermedadesCronicas No Transmisibles se Consideran Actualmente una Amenaza Mayor para América Latina que las Enfermedades Transmisibles. 2010. [https://www.intramed.net/userfiles/2010/file/Cumbre de la Diabetes .pdf](https://www.intramed.net/userfiles/2010/file/Cumbre%20de%20la%20Diabetes.pdf). Accessed July 22, 2018.

13. Chiriboga D, Jara NO, Franco F, Moreira J V., Estrella WP. MSP-Protocolos Clínicos y Terapéuticos para la Atención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (diabetes 1, diabetes 2, dislipidemias, hipertensión arterial). 2011;1:1-68p. [https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos\\_ECNT\\_01\\_de\\_junio\\_2011\\_v.pdf](https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf). Accessed July 25, 2018.
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES. 2016;3. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.3\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?sequence=1). Accessed July 7, 2018.
15. Cortázar Galarza A, Daza Asurmendi P, Etxeberria Agirre A, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. 2008;1:1-181p. [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_429\\_Diabetes\\_2\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf). Accessed July 25, 2018.
16. Mas A. Tipos de Diabetes, Definición y Clasificación. <https://masendocrino.com/tipos-de-diabetes-y-clasificacion/>. Published 2017. Accessed July 25, 2018.
17. American Diabetes Association, Diabetes Care. *Guías ADA 2018 Resumen de Clasificación y Diagnóstico de La Diabetes.*; 2018. <https://sinapsismex.files.wordpress.com/2018/01/resumen-guc3adas-ada-2018-2-0.pdf>. Accessed July 25, 2018.
18. Griffin P. Rodgers. Síntomas y Causas de la Diabetes | NIDDK. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>. Published 2008. Accessed July 25, 2018.
19. Tsai A. 6 pruebas para determinar el tipo de diabetes. Diabetes Forecast. <http://www.diabetesforecast.org/2015/sep-oct/es/6-pruebas-para-determinar-el.html>. Published 2015. Accessed August 14, 2018.
20. Ministerio de Salud Pública(MSP), Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud. *Diagnóstico y Tratamiento de La Diabetes En El Embarazo (Pregestacional y Gestacional).*; 2014. [http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias\\_2014/GPC\\_Diabetes\\_en\\_el\\_embarazo.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias_2014/GPC_Diabetes_en_el_embarazo.pdf). Accessed August 14, 2018.
21. Sani Yumisaca FN, Vizuete Vizueta AC. *Propuesta de Acciones de Enfermería Para Un Cuidado Paliativo Al Paciente Diabético Lican, Riobamba, 2017.* Riobamba; 2017. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4169/1/UNACH-FCS-ENF-2017-0008.pdf>. Accessed July 25, 2018.
22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador(MSP). *Diabetes Mellitus Tipo 2.*; 2017. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus\\_GPC.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf). Accessed July 25, 2018.
23. Alfaro J, Simal A, Botella F. *Tratamiento de La Diabetes Mellitus.* Vol 24.; 2008. <http://msssi.gob.es/eu/biblioPublic/publicaciones/docs/mellitus.pdf>. Accessed July 25, 2018.
24. MINSAL-Serie de guías clínicas. *Diabetes Mellitus Tipo 1.* Chile; 2013. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Diabetes-Mellitus-tipo-1.pdf>. Accessed August 14, 2018.
25. Cutiopala Yambay I V, Chauca Chacha SM, Figueredo Villa K. Dimensiones de calidad de vida afectadas en los pacientes diabéticos. distrito de salud chamboriobamba, noviembre 2017 – marzo 2018. 2018. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4614/1/UNACH-EC-FCS-ENFER-2018->

- 0004.pdf. Accessed July 25, 2018.
26. Camargo RD. Transición de los cuidados curativos a cuidados paliativos en el enfermo con patología terminal crónica no transmisible o en el enfermo crítico crónico. 2014;1:1-5 p. <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/24>. Accessed July 25, 2018.
  27. Pastrana T, Wenk R, Eisenhas J, Monti C, Rocafort J., Centeno C. *Atlas de Cuidados Paliativos En Latinoamérica*. Houston; 2012. <http://bibliotecas.udec.cl/documentos/atlas.pdf>. Accessed August 3, 2018.
  28. Tapiero Azulay A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *AN MED INTERNA*. 2010;18:650-654. <https://eutanasia.ws/hemeroteca/m151.pdf>. Accessed July 25, 2018.
  29. Mora Guillart L. *Los Principios Éticos y Bioéticos Aplicados a La Calidad de La Atención En Enfermería.*; 2015. <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v28n2/oft09215.pdf>. Accessed August 8, 2018.
  30. Taboada P. *Principios éticos relevantes en la atención de pacientes terminales.*; 2016. <https://upcenfermeriauft.files.wordpress.com/2016/05/taboada-etica-en-medicina-paliativa.pdf>. Accessed July 25, 2018.
  31. Taboada P, Rodrigo López. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ÉTICO DE CASOS CLÍNICOS. <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/153-metodologia-de-analisis-etico-de-casos-clinicos>. Published 2017. Accessed July 25, 2018.
  32. Cortés Béjar MM. Atención a una persona con diabetes en fase paliativa. *Diabetes Práctica*. 2016;07(04):169-224. [http://www.diabetespractica.com/files/1484041438.03\\_articulo\\_revision\\_dp\\_7-4.pdf](http://www.diabetespractica.com/files/1484041438.03_articulo_revision_dp_7-4.pdf). Accessed July 25, 2018.
  33. Espinoza Roca A, Espinoza Brito A. Cuidados paliativos a enfermos adultos terminales en la atención primaria de salud. 2006. <http://tesis.repo.sld.cu/116/1/EspinosaRoca.pdf>. Accessed July 25, 2018.
  34. Ministerio de Salud Pública MSP, Red Pública Integral de Salud, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. *Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*; 2013. [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf). Accessed July 25, 2018.
  35. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador - SIISE. Unidades Operativas del Ministerio de Salud. [http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/figglo\\_uniope.htm](http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/figglo_uniope.htm). Published 2011. Accessed July 25, 2018.
  36. Bertolino M, Bunge S, Daud ML, et al. Manual de Cuidados Paliativos para la Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud Buenos Aires. 2014;1:1-284p. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-salud.pdf>. Accessed July 8, 2018.
  37. Infante Campos A. *Guía de Práctica Clínica Sobre Cuidados Paliativos.*; 2009. [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_428\\_Paliativos\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf). Accessed September 13, 2018.
  38. Figueredo Villa K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado. 2013. [http://tesis.repo.sld.cu/741/1/Informe\\_Final\\_Katiuska\\_Figueredo\\_Villa.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/741/1/Informe_Final_Katiuska_Figueredo_Villa.pdf). Accessed

August 6, 2018.

39. Coello C, Mosquera D. La oferta de posgrados no se orienta a las necesidades de todo Ecuador. Boletín. <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/hay-que-pensar-en-un-consenso-para-cubrir-la-brecha-de-especialistas-89072>. Published 2016. Accessed August 6, 2018.
40. Estrada AR, Ramos L, Asesor A, Víctor M, Bolaños Macías H. *CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE PERSONAL MÉDICO QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL DE TULA DE ALLENDE, HIDALGO EN 2013.*; 2013. <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/157> Conocimiento.pdf. Accessed August 6, 2018.
41. Universidad Nacional de Chimborazo. PLAN CURRICULAR. <http://enfermeria.unach.edu.ec/index.php/est-academica/mc>. Published 2017. Accessed August 8, 2018.
42. Veletanga J. UTPL incorpora a los cuidados paliativos en la enseñanza médica. <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/gestion/utpl-incorpora-los-cuidados-paliativos-a-la-ense-anza-m-dica-88802>. Published 2016. Accessed August 6, 2018.
43. Alonso JP. *Cuidados Paliativos: Entre La Humanización y La Medicalización Del Final de La Vida.*; 2013. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a08.pdf>. Accessed August 6, 2018.
44. Casino Fernández G, Quirante Estrada M. *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC). La Gestión Del Paciente Diabético.*; 2017. [https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2017/05/Documento-La-gestión-del-paciente-diabético\\_final1-1.pdf](https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2017/05/Documento-La-gestión-del-paciente-diabético_final1-1.pdf). Accessed August 6, 2018.
45. Lopez Rodriguez M. Impacto de una intervención educativa de enfermería en la información y autocuidado de pacientes diabéticos.; 2008. <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/3035/4/MAE11IE00201.pdf>. Accessed August 6, 2018.

# ANEXOS

## Anexo 1.

### Cuestionario a Profesionales de la Salud

#### Estimados(as) colegas.

El presente cuestionario forma parte del proyecto de investigación: *conocimiento del equipo de salud sobre cuidados paliativos al paciente diabético. Distrito de salud Chambo-Riobamba. Abril-agosto 2018*. El objetivo del mismo es obtener información sobre cuáles son las intervenciones de cuidados paliativos que usted aplica en su área profesional específica.

*Le agradecemos de antemano su participación y esperamos su colaboración.*

Gracias.

#### **Datos generales del profesional.**

Profesión: \_\_\_\_\_ Años de experiencia profesional \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Categoría científica \_\_\_\_\_

Ha estado o está usted vinculado(a) al equipo interdisciplinario de cuidados paliativos:

Si: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa indique la fecha de inicio en el mismo \_\_\_\_\_

#### **Responda las siguientes preguntas:**

1. Mencione 3 principios éticos sobre los que se sustentan los cuidados paliativos.

---

---

---

---

---

2. Mencione 3 intervenciones de cuidados paliativos que usted aplica al paciente diabético.

---

---

---

---

3. Seleccione el tipo de intervención de cuidados paliativos que usted aplica:

1. \_\_\_\_ Personalizada

2.. \_\_\_\_ Generalizada (generales para todos los pacientes)

3. \_\_\_\_ Negociada (negociación médico-paciente)

- 3<sup>a</sup>. Si la respuesta es el número 1. Explique cómo usted desarrolla el proceso de personalización.

---

---

---

4. Valore brevemente los resultados de la aplicación de los cuidados paliativos desde su experiencia personal.

---

---

---

---

## Anexo 2. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación denominado \_\_\_\_\_ a cargo de la(s) estudiante(s), \_\_\_\_\_ como actividad de titulación que es un requisito para su graduación y que sus resultados podrán ser publicados en medios de divulgación científica físicas o electrónicas.

Además, afirmo que se me proporcionó suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucran mi participación y que puedo obtener más información en caso de que lo considere necesario.

Entiendo que fui elegido (a) para este estudio por ser parte de la población en estudio y personal de enfermería del establecimiento de salud. -Además, doy fe que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial y anónima, por lo que no se revelará a otras personas y no afectará mi situación personal, ni generará riesgos a la salud. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información y de participar en el trabajo en cualquier momento.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

**Titulación F.C**

**Anexo 3.** Autorización de la unidad asistencial en el que se realizó la investigación.

*Atmizado, Unidades de Salud de las par...*  
*a la sol...*  
*13 x 20*



*Libres por la Ciencia y el Saber*

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DIRECCIÓN**  
Ext. 1513


Registro N° .....  
Fecha 12/10/2017  
Hora 15:41  
N° Adjunto S/A  
Secretaría Distrital Firma \_\_\_\_\_

Riobamba, 12 de octubre de 2017  
OFICIO N°1169-CE-FCS-2017

Doctor  
Miguel Zumba  
**DIRECTOR DISTRITAL 06D01 CHAMBO RIOBAMBA**  
Presente

De mi consideración:

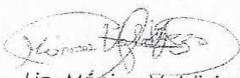
Reciban un atento y cordial saludo, por el presente me permito poner en su conocimiento que la Carrera de Enfermería presenta la investigación: **"CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES. DISTRITO DE SALUD CHAMBO-RIOBAMBA"**, bajo la responsabilidad de la Dra. Katiuska Figuereso PhD. Y docentes investigadores de la Facultad de Ciencias de la Salud. El proyecto para su ejecución se encuentra aprobado por el Consejo de Investigación de la UNACH y por el Coordinador Zonal 3-Salud.

Para el desarrollo de la mencionada investigación y conociendo el apoyo incondicional de su distrito al mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

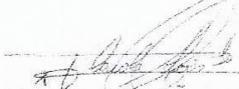
Solicitamos a usted de la manera más comedida, la autorización para revisar las historias clínicas en los centros y subcentros de salud, con el propósito de seleccionar los pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial y diabetes mellitus para realizar la visita domiciliaria. Además, coordinar la fecha, hora y lugar para impartir el curso de capacitación relacionado con el tema de los cuidados paliativos a los profesionales que laboran en las unidades operativas; para la ejecución del mismo requerimos valore que sea los días jueves en el horario de 15:00 a 16:00 horas.

Segura de contar con su aprobación, le agradezco.

Atentamente,



Lic. Mónica Valdiviezo. MsC  
**DIRECTORA DE CARRERA DE ENFERMERÍA**



Lic. Katiuska Figuereso V. PhD  
**DIRECTORA DEL PROYECTO**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Carrera de Enfermería

07 NOV 2017

EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL

CERTIFICA:  HC

**Campus Norte "Edison Riera R."**  
Avda. Antonio José de Sucre, Km. 1.5 Vía a Guano  
Teléfonos: (593-3) 37 30 880- ext. 3000

**Campus "La Dolorosa"**  
Avda. Eloy Alfaro y 10 de Agosto.  
Teléfonos: (593-3) 37 30 910 - ext. 3001

**Campus Centro**  
Duchicela 17-75 y Princesa Toa  
Teléfonos: (593-3) 37 30 880- ext. 3500

**Campus Guano**  
Parroquia La Matriz, Barrio San Roque  
vía a Asaco

Anexo 4. Fotografías

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

