



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SANTA ROSA,
2023**

**LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT PALLIATIVE CARE OF THE
NURSING PROFESSIONALS OF THE SANTA ROSA HOSPITAL, 2023**

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

AUTORAS

AURORA ISABEL VARGAS COTARMA

JACKELINE MELISSA JURADO FELIX

ASESORA

DIANA ELIZABETH CALLE JACINTO DE GUILLEN

LIMA – PERÚ

2024

JURADO

Presidenta: Mg. Clara Carmen Torres Deza
Vocal: Mg. Ana Beatriz Rosario Graña Espinoza
Secretaria: Mg. Aurora Marlene Giraldo Giraldo

Fecha de Sustentación: 01 de octubre del 2024

Calificación: Aprobado

ASESORA DE TESIS

Mg. Diana Elizabeth Calle Jacinto de Guillen

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0003-3137-485X

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo en primer lugar a Dios, quien me permitió llegar a donde estoy ahora; en segundo lugar, a mi mamá María Ysabel Cotarma Collantes, a mi padre Pedro Pablo Vargas Portal y mi tía, quienes han estado apoyándome constantemente para formarme como una excelente profesional primando mi vocación de servicio ante todo momento; a mi hermana y a mis mascotas Pio y Chaska por siempre animarme. A mis abuelitos Luis y Ernestina por ser mi fortaleza e inspiración para desarrollarme en esta maravillosa carrera. A todas las licenciadas que con su sabiduría y experiencia me acompañaron estos 5 años para ser una gran profesional. Pero sobre todo dedico este logro a mi papito Lucho, mi angelito, el motor y motivo de mis logros, te mando un beso y un abrazo hasta el cielo.

- *Aurora Isabel Vargas Cotarma*

Este trabajo se lo dedico principalmente a Dios por guiarme en todo este proceso, a mi familia por todo el apoyo que me brindo, a mis padres por apoyarme en mi educación y crecimiento profesional, sobre todo a mi valiente mamá. Esta tesis es el resultado de todas las veces que me dabas ánimo para no rendirme, gracias por tu inmenso amor y apoyo incondicional. A mi hermano por sus palabras de aliento, a mis grandiosas amigas que siempre están para mí, gracias por toda la paciencia y comprensión en este proceso que no fue fácil, gracias a todas esas personas que han sido parte de este gran logro.

- *Jackeline Melissa Jurado Félix*

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos infinitamente el apoyo de nuestra alma mater la universidad Cayetano Heredia y a nuestra asesora por la dedicación, paciencia y profesionalismo brindado.

De igual modo, agradecemos al hospital Santa Rosa por brindarnos la viabilidad para la ejecución de este estudio e impulsar así la investigación científica en enfermería.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo académico (trabajo de investigación) fue financiado por la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería debido a que fue ganador de un premio en el concurso “Fondo de apoyo a la investigación 2023”.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran que no tienen intereses financieros o relaciones personales en competencia que pudieran haber influido en el presente trabajo de investigación.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SANTA ROSA, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	2%
3	www.grafiati.com Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Infile Trabajo del estudiante	1%
6	www.jormazabal.com Fuente de Internet	1%
7	aprenderly.com Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%

TABLA DE CONTENIDOS

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
	Planteamiento del problema.....	1
	Antecedentes	5
	Marco teórico	7
II.	OBJETIVOS	16
	Objetivo general.....	16
	Objetivos específicos	16
III.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
	Diseño del estudio.....	17
	Población	17
	Muestra	18
	Aspectos éticos del estudio	21
	Plan de análisis.....	21
IV.	RESULTADOS.....	22
V.	DISCUSIÓN	24
VI.	LIMITACIONES	28
VII.	CONCLUSIONES	29
VIII.	RECOMENDACIONES	30
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

TABLAS

ANEXOS

RESUMEN

Antecedentes: El profesional de enfermería es el primer responsable en llevar a cabo los cuidados paliativos, pero para aplicarlos es necesario contar con un conocimiento óptimo con respecto a dichos cuidados. La población que requiere estos cuidados son los pacientes en la etapa terminal, diagnosticados con patologías oncológicas y no oncológicas. Para poder llevar eficazmente estos cuidados los profesionales de enfermería deberán mostrar su compromiso con el propósito de emplear los conocimientos y habilidades necesarias. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Santa Rosa. **Material y método:** El presente estudio fue de enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 66 profesionales de enfermería. Para la recopilación de datos, la técnica usada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, donde las pruebas psicométricas demostraron que es válido y confiable para su aplicación. El instrumento fue adaptado del libro Cuidados Paliativos por Nuria Trujillo Garrido. **Resultados:** El nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos fue medio (57.58 %). Por dimensiones, se observó un nivel de conocimiento alto (59.09%) para la dimensión de manejo del dolor; un nivel de conocimiento medio (65.15%) para la dimensión control de la disnea; el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en su dimensión sedación paliativa presentó un nivel medio (59.09%) y en la dimensión cuidado de la piel se obtuvo un nivel de conocimiento alto (57.58%) de los profesionales de enfermería. **Conclusiones:** Se demostró que el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería es un nivel medio.

Palabras claves: Cuidados paliativos; Conocimientos; Enfermería (DeCS).

ABSTRACT

Background: The nursing professional is the first person responsible for carrying out palliative care, but to apply it is necessary to have optimal knowledge regarding said care. The population that requires this care is patients in the terminal stage, diagnosed with oncological and non-oncological pathologies. In order to effectively carry out this care, nursing professionals must show their commitment to using the necessary knowledge and skills. **Objective:** Determine the level of knowledge about palliative care of nursing professionals who work at the Santa Rosa Hospital. **Material and method:** The present study had a quantitative approach with a descriptive cross-sectional design. The population consisted of 66 nursing professionals. For data collection, the technique used was the survey and the instrument was a questionnaire, where psychometric tests demonstrated that it is valid and reliable for its application. The instrument was adapted from the book Palliative Care by Nuria Trujillo Garrido. **Results:** The level of knowledge about palliative care was medium (57.58%). By dimensions, a high level of knowledge (59.09%) was observed for the pain management dimension; a medium level of knowledge (65.15%) for the dyspnea control dimension; The level of knowledge about palliative care in its palliative sedation dimension had a medium level (59.09%) and in the skin care dimension a high level of knowledge was obtained (57.58%) from nursing professionals. **Conclusions:** It was demonstrated that the level of knowledge about palliative care of nursing professionals is a medium level.

Keywords: *Palliative care; Knowledge; Nursing (MeSH).*

I. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

La profesión de enfermería tiene como base el cuidado de los pacientes, en donde se ve reflejada como una acción que necesita de un amplio valor profesional, pero sobre todo personal orientado al autocuidado, restitución y preservación de la vida, fundamentada en el vínculo enfermera (o) - paciente. Sin embargo, se han presentado factores que afectan en el trabajo diario de las (os) profesionales de enfermería causando que estos olviden por momentos la naturaleza de su profesión que son el cuidado profesional del ser humano y el respeto a la vida (1).

Asimismo, los cuidados realizados por los profesionales son varios, uno de ellos son los cuidados paliativos, dentro de la definición de estos, se cuenta con enfermedades diversas, no solo el cáncer, tales que sean de naturaleza irreversible, progresiva y de etapa terminal, como las enfermedades pulmonares, demencia, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca y/o hepática, también están las enfermedades neurológicas como esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, ictus, entre otras (2).

Por otro lado, esta diversidad de enfermedades cursa por diversas fases en la cual el profesional de enfermería tiene la importante tarea de brindar cuidados a todo tipo de pacientes. Del mismo modo, se debe considerar importante saber que en la variedad de especialidades médicas vamos a encontrar pacientes en fase terminal, por lo que los profesionales de enfermería deben implementar y dominar técnicas básicas referente al control del dolor, ansiedad y angustia, así como los cuidados brindados que se dan para garantizar una muerte digna (3).

Además, se ha implementado el “Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas en el Perú 2021-2023”, en el cual se menciona que, de 234 países, territorios y regiones, solo 20 países estaban adecuadamente integrados al sistema sanitario, en donde un 42% no contaba con este tipo de servicios y solo un 32% refería servicios aislados de asistencia paliativa (4).

Por otra parte, en el documento se demuestra que cada año más de 40 millones de individuos necesitan cuidados paliativos; dentro de esta población están los adultos que cursan con enfermedades como las cardiovasculares que representa un 38.5%, cáncer el 34%, enfermedades respiratorias crónicas el 10.3%, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) un 5.7% y diabetes el 4.6%, entre otras condiciones (4).

En relación con el envejecimiento poblacional, según los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEN) en su última publicación en la “Situación de la Población Peruana 2024” refiere que, existe un total de 4 millones 748 mil adultos mayores que representan un porcentaje del 13,9% total de la población. Cabe resaltar que esta población cada vez aumenta más rápido, en donde alcanza una tasa de crecimiento del 2,7%, un ritmo que es mayor al de la población de los jóvenes. Además, se indica que el adulto mayor, actualmente, presentan una posición más vulnerable con presencia de limitaciones en relación con las enfermedades crónicas expuestas con anterioridad (44).

Por lo tanto, los cuidados paliativos se presentan como una acción frente a estos dos grandes retos, que son las enfermedades crónicas y el progreso del envejecimiento poblacional, en donde se pueda proporcionar cuidados de calidad y bienestar por el profesional de enfermería, donde cada actividad parta desde el primer nivel de atención para un proceso más saludable.

Por ello, Galindo (3) considera que el principal problema con relación al tema de cuidados paliativos se basa en la poca capacitación y conocimiento que tienen las enfermeras (os) con respecto a los cuidados paliativos teniendo un nivel de respuesta menor a lo esperado.

De igual manera, Bush (5) define que el profesional de enfermería debe contar con los conocimientos necesarios para así garantizar cuidados positivos y de alta calidad, para ello se resalta que el conocimiento tanto como las prácticas son componentes que benefician a que el área de enfermería brinde cuidados paliativos.

Además, según Guillen (6), los cuidados paliativos desempeñan un rol importante en la atención primaria de salud, debido al aumento recurrente de pacientes con

patologías graves que demandan la atención adecuada en etapas finales de su vida, estas tienen la función de ofrecer una atención personalizada en la etapa última de vida proporcionando principalmente que él o la paciente no sufra, evitando la aparición de fluidos o secreciones y sobre todo aplacar el dolor; pero no todas las actividades son aplicadas a los (as) pacientes, si no también se trabaja con la familia para que estén preparados para brindar apoyo al paciente terminal durante sus últimos días.

Asimismo, un estudio realizado en España por Hiciano (7) en el año 2019, permitió reconocer que las profesionales de enfermería en ciertos momentos demostraban la insuficiente preparación y seguridad para otorgar los cuidados paliativos de calidad que se requieren, identificaron que existe disconformidad en la media de aciertos en relación de tener instrucción en cuidados paliativos, la vasta pericia y el sentimiento de seguridad para proporcionar los cuidados paliativos correctos. Un 89,6 % consideró limitada la educación del profesional de enfermería en cuidados paliativos y un 48,2 % expresaba la escasa capacidad para garantizar los debidos cuidados paliativos.

Por otro lado, según Montserrat (8), del país latinoamericano México del año 2020, los cuidados al paciente en fase terminal, son complejos de afrontar, tanto para el ámbito familiar como para el mismo enfermero, por lo tanto el nivel de conocimiento en cuidados paliativos debe observarse evidenciado en su desempeño profesional a través del transcurso de la muerte del paciente terminal, el nivel de conocimientos fue deficiente en el 99% de los enfermeros y una gran cantidad obtuvo un desempeño profesional medio alto con un 52%, manifestando que el profesional de enfermería tiene un óptimo desempeño ya que adquiere de manera empírica las destrezas, lo que resulta eficaz para solucionar y afrontar las labores iterativas que surgen dentro de la regla de formación.

Adicionalmente, en el país de México, los estudios de Lesvia (9) arrojó un resultado de que el 80,49% del personal de salud incluido enfermería cuentan con un conocimiento suficiente en cuidados paliativo, mientras que un 19,51% no tienen conocimiento sobre el tema.

Del mismo modo, Guevara (10), define que los componentes que intervienen en la destreza de los cuidados paliativos establecen la exposición de los procedimientos y su proceder durante el tratamiento y la evaluación de los pacientes, se permite identificar que los expertos de la salud pueden optimizar estos constituyentes. Teniendo como resultado que el personal tiene un nivel bajo, en profesionales que están en el foco de primera y segundo nivel de atención.

De igual manera, en los estudios de Chover (11), los implicados en el estudio manifestaron un conocimiento idóneo sobre cuidados paliativos, se favorecerían con un programa educativo específico, orientado en relación con los conceptos confusos reconocidos a través del cuestionario, que ha declarado ser una herramienta útil en favor al análisis de necesidades instructivas de los enfermeros bajo el rubro de los cuidados paliativos.

Por otra parte, el estudio de Achora (12), define que las profesionales en el ámbito de la enfermería son responsables de garantizar y conservar los cuidados; en relación a los cuidados paliativos no requieren de limitantes para los últimos días de vida, sino deben de emplearse paulatinamente a medida que progresa la enfermedad y en correlación de las carencias de los pacientes y familiares, sus estudios revelaron que las enfermeras/os que formaron parte en la presente investigación proponen la disposición de un apoyo formativo en áreas relacionadas a aspectos psicosociales y espirituales.

Por lo anteriormente expuesto planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos en los profesionales de enfermería en el Hospital Santa Rosa?

El presente proyecto de investigación se justificó porque permitió contar con información actualizada y válida sobre el nivel de conocimiento en cuidados paliativos que posee el profesional de enfermería del hospital Santa Rosa, mediante los resultados se permitió evidenciar el nivel de conocimiento sobre las atenciones paliativas en las dimensiones de manejo del dolor, control de la disnea, sedación paliativa y el cuidado de la piel a los pacientes terminales; se utilizó un proceso riguroso para la recopilación y análisis de datos apoyándose en el instrumento

orientado a las cuatro dimensiones de los cuidados paliativos que se validó y que aportó un nuevo proceso para conocer el nivel de conocimiento sobre la atención paliativa en el profesional de enfermería.

Antecedentes

A nivel internacional, un estudio de Bansal realizado en la India central en el 2023, con el propósito de valorar el conocimiento sobre la asistencia paliativa entre las enfermeras registradas que laboran en un nosocomio de atención terciaria en Madhya Pradesh, como resultado obtuvieron que uno de los más grandes retos al momento de ofrecer cuidados paliativos excelentes es que las enfermeras no saben lo suficiente al respecto. Por lo tanto, optimizar la eficacia de las áreas de cuidados paliativos brindados a los pacientes podría lograrse aumentando sus conocimientos a través de la educación en el servicio y el reciclaje en el trabajo (13).

Por otra parte, en el estudio realizado por Jiménez (14) en Madrid en el año 2022 tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos del personal de enfermería de diversos módulos de hospitalización, así como estimar la utilidad de una aplicación móvil (APP), proyectando que el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos que ostentó el personal de enfermería del hospital donde se ejecutó el estudio, reconoció una proporción media de respuestas acertadas de un 56.65%; demostrando un nivel exiguo o bajo de conocimientos en asistencia paliativa.

Asimismo, en el estudio de Sesma et al (15) realizado en España en el año 2022, tuvo como propósito principal inspeccionar el nivel de conocimiento de las enfermeras del AC acerca de los CP, y analizar si concurre una asociación entre cada una de las determinadas variables estudiadas, los resultados mostraron que el resultado de aciertos del instrumento en cuestión fue de un 56,98%, las profesionales de enfermería del AC presentan un conocimiento básico sobre cuidados paliativos, colocando a la postura psicosocial del mismo escasa. Un programa de desarrollo que reconozca conceptos erróneos y problemáticas formativas podrían mejorar la supervisión de la sintomatología de los pacientes que reciben una atención paliativa completa, la calidad de estos cuidados y su unificación.

Por otro lado, en México en el año 2023, el estudio de Uranga et al (16) tuvo como objetivo identificar nivel de conocimiento del personal de Enfermería del Hospital General de Querétaro sobre el cuidado paliativo, como resultado demostró el nivel de conocimiento es insuficiente (inferior a 14 puntos), debido a que un 95% de los resultados de los cuestionarios se agrupan en este nivel; concluyendo que el nivel de conocimiento del personal de enfermería resulta deficiente.

Para finalizar, en el sureste de Nigeria en el 2020 el estudio de Chinemerem (17), describió que el conocimiento sobre los cuidados paliativos y sus predictores demográficos entre las enfermeras profesionales en el sureste de Nigeria, los resultados revelaron que los encuestados tenían conocimientos inadecuados sobre cuidados paliativos, especialmente sobre el manejo del dolor (34,96%). Hubo una vinculación importante entre la edad de los encuestados y el conocimiento de los cuidados paliativos (tamaño del efecto 27,7%), concluyendo que las enfermeras tienen conocimientos inadecuados sobre cuidados paliativos, especialmente sobre el manejo del dolor, lo que les impediría brindar cuidados paliativos a los pacientes.

A nivel nacional, Maldonado (18) desarrolló un trabajo de investigación en el hospital de Essalud de Callao en el año 2021, cuyo objetivo fue determinar el vínculo que persiste entre el nivel de conocimiento de los cuidados paliativos y las actitudes del profesional de enfermería; se ejecutó en los servicios de Cuidados Intensivos adulto, demostrándose que un 78% de las enfermeras encuestadas tienen conocimiento medio sobre cuidados paliativos en pacientes fase terminal, un 22% tiene un nivel de conocimiento bajo y ningún participante obtuvo un conocimiento alto.

Del mismo modo, el estudio de Villanueva (19) presentó como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y actitudes de los internos de Enfermería sobre cuidados paliativos en la Universidad Señor de Sipán en Pimentel en el año 2020, la investigación dio como resultado en relación con el conocimiento predominó el nivel medio con un 51.6% a nivel general, al igual que por dimensiones; así mismo se evidencia el predominio de 77% de internos con actitud favorable, al igual que en sus tres dimensiones.

Además, Berrocal (20) desarrolló un trabajo de investigación en un hospital en Lima, en el año 2023, tuvo como objetivo los determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal en enfermeras, dio como resultado que el 38.8% de los profesionales de enfermería si cuentan con conocimientos sobre el cuidado paliativo y a su vez muestra una actitud favorable, concluyó que, a mayor nivel de conocimiento, el personal de enfermería contará con una actitud favorable para la atención del paciente.

Finalmente, un trabajo de investigación desarrollado por Alarcón en el Hospital Militar Central en el año 2019, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento del enfermero sobre cuidados paliativos en el paciente con cáncer terminal, los resultados presentados fueron que un 56.7% del personal de enfermería manifiestan un nivel de conocimiento alto sobre cuidados paliativos, mientras que un 43.3% del personal de enfermería manifestó un nivel de conocimiento medio (21).

Marco teórico

El conocimiento es considerado como la acción consciente e intencional generada por nosotros mismos (as) esta se desarrolla por un mecanismo mediante el cual la objetividad se ve reflejada y reproducida en el pensamiento del ser vivo. Es producto de diversos razonamientos, experiencias y aprendizajes. A su vez se dice que el conocimiento es una correlación entre un sujeto y un objeto; involucrando cuatro elementos: objeto, sujeto, operación y representación interna, permitiéndonos aprender las cualidades del objeto refiriéndose al sujeto primordialmente (22).

Asimismo, si nos basamos en los cuidados paliativos, el conocimiento que debe tener el personal de enfermería en dicho rubro tiene que ser amplio desde conocer las patologías que requieren este tipo de cuidados hasta que actividades debe realizar para la atención al paciente, ya que la enfermera tiene un mayor peso en la atención de pacientes paliativos. No obstante, los profesionales de enfermería demuestran un gran déficit de aprendizaje en cuidados paliativos, aunque estos conocimientos se imparten de forma heterogénea y desde el pregrado (23).

Además, para poner en práctica aquellos cuidados es necesario conceptualizar los cuidados paliativos, estos son considerados según la OMS como el planteamiento que enriquece la mejora de calidad de vida de los pacientes y familiares, que se ven vulnerados por las problemáticas asociadas a las enfermedades riesgosas que afectan su vida; a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, mediante el reconocimiento temprano, la adecuada evaluación y tratamiento del dolor como otras dificultades psicosociales, físicas y espirituales (4).

Por ello, este tipo de cuidado se clasifica en básicos, especializados e intermedios. Sin embargo, en la presente investigación se desarrolló los cuidados paliativos enfocados a las actividades básicas, la cuales se dan a pacientes que no necesitan especialistas para la atención de sus necesidades. Cabe resaltar, que todo personal de enfermería debe saber que los cuidados paliativos no solo se aplican a pacientes oncológicos, sino también a diversas patologías no oncológicas (5).

Por otro lado, los cuidados paliativos abarcan diversas dimensiones, de los cuales las más importantes son: **El manejo del dolor**, para ello es importante considerar que el dolor es un problema que se interpone de forma importante en la calidad de vida de los pacientes oncológicos y no oncológicos, esta se define como una “sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial”. Es un síntoma subjetivo, único para cada persona y momento que afecta a distintas esferas personales como física, psicológica, social o espiritual (24). Asimismo, el dolor oncológico cambia en función del estadio de la enfermedad, considerándose una prevalencia del 24 - 30 % en estadios iniciales y hasta un 60 -90 % en las enfermedades avanzadas (24).

Además, el dolor se puede clasificar según su fisiopatología o duración. Según su duración puede ser agudo, crónico e irruptivo; el dolor agudo es “producido por estímulos somáticos o viscerales de inicio brusco y duración corta”. Mientras que el dolor crónico es “el que persiste, independientemente de su intensidad y más de un mes”. Por otro lado, el irruptivo es el dolor que puede ser moderado o intenso y este aparece cuando existe un dolor crónico. El dolor irruptivo se puede clasificar en incidental porque se relaciona con alguna acción voluntaria o con algún procedimiento y espontaneo porque aparece sin un desencadenante claro (25).

Asimismo, basado en la fisiopatología, el dolor se puede clasificar en “somático, visceral, neuropático y mixto”. El dolor somático es procedente de la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales. En cuanto el dolor visceral es causado por la infiltración, distensión o compresión de órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal. Con relación al dolor neuropático este es causado por la lesión directa de estructuras nerviosas debido a la quimioterapia o a causa de infecciones en un paciente debilitado. Para finalizar el dolor mixto se produce por la coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente (26).

Cabe resaltar que la valoración del rigor del dolor se realiza mediante diversas escalas. Esto es un informe subjetivo que se realiza al paciente. Una de ellas es la escala numérica, esta escala va del uno al diez, siendo cero la falta de dolor y diez el nivel de dolor más alto imaginable. Asimismo, la escala visual analógica conocida como EVA por sus siglas, radica en una raya de 10 cm con dos extremos de intensidad, es decir, el usuario realiza una señal en la línea que corresponde al nivel de la intensidad del dolor. Esta escala no contiene números ni palabras descriptivas (25).

Por otra parte, la escala analgésica de la “Organización Mundial de la Salud” presenta tres escalones terapéuticos que envuelven un mínimo número de fármacos, esta escalera alcanza el manejo del dolor en la primera semana en el 70 - 80% de los casos (26).

En primer lugar, se encuentra el escalón donde están los analgésicos que son indicados en el dolor leve y moderado, estos cumplen la función de inhibir la síntesis de prostaglandinas, conservan un efecto antitérmico y antiinflamatorio y tienen una "dosis techo" a partir de la cual puede aumentar la toxicidad hepática, hematológica, gastroduodenal y/o renal. Los “AINES” son útiles en dolor inflamatorio y están relacionados con procesos óseos (26).

Además, en el segundo escalón están incluidos los opioides menores y son indicados en el dolor moderado. En cuanto a brindar dosis ínfimas a las habituales y pasando dos o tres días se acrecienta la dosis si es preciso, según la relación analgésica /toxicidad (25).

Por último, el tercer escalón está conformado por los opioides mayores y está indicado en el dolor intenso. Las vías de administración pueden ser variadas entre ellas, rectal, oral, intravenosa, subcutánea, intratecal y epidural. Con respecto a los efectos adversos es recurrente que se detecten estreñimiento, náuseas, vómitos y depresión respiratoria. Se debe describir los efectos y tomar en cuenta la eficacia de la profilaxis sintomática con los fármacos oportunos (25).

Del mismo modo, el tratamiento no farmacológico se divide en físico y psicológicos. El primero quiere decir que se usa la termoterapia, laserterapia, acupuntura, fisioterapia, masajes y neuroestimulación. El tratamiento psicológicos, quiere decir que se usa la hipnosis, técnicas de relajación y terapias conductistas (27).

Como segunda dimensión está el **control de la disnea**, para ello es fundamental conocer que la disnea es la percepción subjetiva que se demuestra mediante el déficit para respirar y se encuentra presente aproximadamente en un 50-75% de pacientes en paliativos. Se caracteriza por ser un síntoma que genera ansiedad ya sea al paciente como a sus familiares, incluso es más recurrente que el dolor en pacientes paliativos. Por ello, es fundamental investigar sobre el mecanismo que inicia este síntoma y aplicar el tratamiento adecuado si lo hay, aunque en las etapas terminales de una enfermedad oncológica y no oncológica puede no ser posible revertir la causa de la disnea. Debido a ello el profesional de enfermería tendrá como meta paliar la intensidad de la disnea debido a que esta pueda llevar a un sufrimiento significativo (28).

Según la etiología de la disnea, existen factores causales de la disnea reversible que se generan con una concierne regularidad, éstas se dan comúnmente por ansiedad, angustia, estrés o por retención de secreciones. El tratamiento deberá depender de la causa. En caso sea por una disnea reversible sus tratamientos serían: Obstrucción reversible del flujo aéreo (broncodilatadores), obstrucción de la vía aérea *por* tumor (radioterapia, laserterapia y corticoides), derrame pleural (drenaje), anemia (transfusión de concentrado de hematíes) y neumonía (antibióticos) (29).

Además, en caso fuera la disnea generada por causas irreversibles los fármacos a administrar serían la morfina, corticoides, benzodiazepinas y la oxigenoterapia.

Pero, no todo es tratamiento farmacológico; también está el tratamiento no farmacológico que está basado en los cuidados que emplea el profesional de enfermería (30).

De igual manera, se clasifica en *cuidados generales*, aquí se tendrá que valorar la intensidad sintomatológica que presente el paciente paliativo; luego se tendrá que utilizar una escala visual analógica para valorar el nivel de la disnea o también se podrá utilizar la escala de Disnea de Borg (0 es sin disnea hasta 10 que significa una disnea muy severa); a su vez es beneficioso realizar fisioterapias respiratorias y tener en consideración la higiene bucal. Adicional a ello están también *las medidas ambientales*, en ellas se deberá colocar la cama del paciente al lado de la ventana, mantener el ambiente ventilado, favorecer entorno tranquilo y restringir las visitas para evitar la sensación de agobio (28-29).

En relación con lo mencionado anteriormente, el profesional de enfermería deberá saber que se debe realizar en el antes, durante y después de una crisis de disnea. En el caso la crisis *se suscitará en el momento*: transmitir tranquilidad al paciente, tratar de controlar la situación, no dejar al paciente solo, despejar todo en el ambiente para que sea armonioso, ofrecer oxígeno, buscar la posición más cómoda para el paciente debido a que debe mejorar su respiración, facilitar aire fresco a la cara, estrategias de distracción y por último administración el tratamiento indicado (25). Además, *Tras la crisis de disnea* se deberá: reducir el nivel de ansiedad transmitiendo al paciente la idea que no se va a asfixiar, comentar al paciente que deberá seguir un tratamiento y que el incremento de dosis puede suceder si se requiere y enseñar al paciente ejercicios de respiración diafragmática y de relajación (28).

Como tercera dimensión esta la **sedación paliativa**. Para ello es importante conocer que la sedación es la administración de ciertos fármacos que tienen la misión de disminuir el nivel de conciencia del paciente; el principal objetivo es manejar la sintomatología o como medio de preparación para una intervención ya sea diagnóstica como terapéutica que pueda generar algún dolor o estrés fuerte (30). En referencia a cuidados paliativos la sedación paliativa, se conoce como la administración de fármacos en dosis y uniones requeridas, cuyo objetivo principal

es limitar la consciencia de un paciente terminal con patologías oncológicas y no oncológicas, el desarrollo de ello tiene que ser autorizado ya sea por el propio paciente, su familia o un representante (30).

Asimismo, la sedación se clasifica de la siguiente manera: según su objetivo, en ella está la sedación primaria y la sedación secundaria; según la temporalidad, está la sedación continua y la sedación intermitente; por último, está la sedación según intensidad, contiene a la sedación profunda y la sedación superficial (31). Debido a esta clasificación la sedación paliativa es considerada como una sedación primaria, ya que es considerada como finalidad y continua, debido a que no hay un periodo de descanso; e incluso que puede llegar a requerir una sedación superficial, pudiendo permitir que el paciente pueda comunicarse con su cuidador o profunda ya en este caso el paciente paliativo no puede desarrollar la comunicación entre cuidador-paciente (30).

Además, es necesario considerar que la sedación paliativa es una terapia que requiere mucho cuidado y se tiene que poner en práctica en su mayoría de pacientes en un cuadro terminal que presenten síntomas refractarios, según el comité de ética de la “SECPAL” se considera estos tipos de síntomas como todos aquellos que no pueden ser controlados fácilmente y que su experiencia es intolerable. Asimismo, se necesita que sea de conocimiento siempre que la práctica de esta actividad debe ser realizada en un marco de sensatez, con precaución y sobre todo un correcto manejo de la práctica clínica (31).

En suma, el enfermero debe de considerar las condiciones para la aplicación de este tipo de sedación y estas son: Primero debe existir un síntoma refractario, luego se debe llenar el consentimiento informado del paciente, posteriormente se informa de manera clara y adecuada al paciente sobre el proceso y por último se debe aplicar los fármacos requeridos para dicha intervención (30).

Con respecto al síntoma refractario, la existencia de ello debe ser crucial para que se intervenga con la sedación; luego se procede al requisito más importante que es el consentimiento informado, en el resaltamos las consideraciones éticas y damos valor a la decisión del paciente, para ello se aplica una prueba evaluación para analizar si el paciente está en sus sentidos para poder expresar su deseo de manera

explícita mediante un documento o si requiere la intervención de sus familiares en esta decisión (31).

Posteriormente se da la información clara y completa y debe ser plasmada en la historia clínica (la información a brindar será: situación del enfermo, nivel de sufrimiento, objetivo de la sedación, método de la sedación, efectos de la sedación, tratamientos y cuidados tras la sedación y los resultados esperados); continuamos con la administración de fármacos cuyo objetivo principal es la reducción del sufrimiento del paciente, los fármacos mayormente empleados en la sedación paliativa son: las benzodiazepinas (midazolam), los neurolepticos (levomepromazina), barbitúricos (fenobarbital) y los anestésicos (propofol). Para la administración y el manejo de fármacos es importante considerar las escalas de valoración (30).

Con respecto a las escalas en la sedación se recomienda el uso de la escala de Ramsay (se plasma desde el nivel I hasta el nivel VI) y el aumento de la dosis va a partir en función de: Pedido del paciente, persistencia de distrés respiratorio, persistencia de signos fisiológicos (30).

Del mismo modo, los cuidados que se deben de considerar después de haber iniciado la sedación son la revisión del nivel de sedación constante y la valoración clínica sistemática siempre dejando en constancia en la historia clínica los siguientes puntos: nivel de sedación, respuesta ante los estímulos, temperatura, secreciones bronquiales, movimientos musculares. Y como profesionales de enfermería es fundamental siempre presentar la presencia, comprensión, privacidad y disponibilidad con este tipo de pacientes (25).

Por último, como cuarta dimensión tenemos **al cuidado de la piel**, para ello implica conocer que la piel es el órgano más grande y el más complejo que goza de numerosas funciones dentro de ellas están: brindar protección entre el medio externo e interno, puesto que presenta la primera línea de defensa ante varias clases de carácter mecánico, físico, biológico y químico. Debido a ello la piel se puede ver afectada en este tipo de pacientes de fase terminal, y esta se puede ver vulnerada por su propia enfermedad, su tratamiento o la continua inmovilización que presenta el paciente (31).

Por ello, el conservar la integridad es primordial en el cuidado del paciente paliativo para así evitar las futuras apariciones de úlceras por presión que con el paso del tiempo van generando un deterioro en el aspecto físico del paciente. Los factores desencadenantes son: la malnutrición, deshidratación e inmovilidad. En ellas encontramos múltiples afecciones cutáneas y aquí se aborda las más frecuentes: el prurito, el linfedema, edemas, las úlceras tumorales, las fístulas y las úlceras por presión (32).

Igualmente, para evitar las futuras consecuencias en la piel, el profesional de enfermería deberá conservar un correcto cuidado de la piel en un paciente postrado, ya que la mayoría de los pacientes paliativos se encuentran en dicha situación; eso requiere el realizar acciones (31).

De igual manera, entre los cuidados a realizar se encuentra: desarrollar el baño diario con agua tibia, utilizando un jabón especial; mantener cortas y limpias las uñas; mantener las sábanas limpias; aplicar cremas hidratantes o lubricantes realizando delicados masajes en forma circular y ascendente; evitar colocar perfume o alcohol; cambiar de posición cada 2 horas; protección con almohadillas especiales en zonas de presión; prestar atención en zonas específicas como tobillos y talones; y examinar a diario la piel (32).

Sin embargo, a pesar de los cuidados a la piel que se puedan dar, es común encontrar afecciones en una buena cantidad de pacientes y una de ellas son los edemas, ante la aparición de un edema la piel se puede identificar brillante, muy delgada y en ciertas ocasiones con presencia de salida de líquido que va a humedecer las sábanas o la misma piel del paciente (28). Es por lo que se debe emplear cuidados para evitar y controlar el edema: Evitar la ropa ajustada; colocar ropa fresca al paciente; mantener elevada las extremidades afectadas por periodos de 15 a 20 minutos; no tocar o frotar las zonas edematosas; humectar la piel para evitar la resequedad (28).

En consideración, como otro punto importante en base al cuidado de la piel, está la higiene del paciente y dentro de ello está el baño del paciente. El baño en los pacientes paliativos se puede dividir en baños en la ducha y en la cama (31).

En primer lugar, cuando la enfermera lo realiza en la ducha, lo primero que se considera es percibir el estado del paciente, si está en óptimas condiciones para pararse y deambular; si en todo caso se pudiera la enfermera puede utilizar una silla plástica con brazos y realizar el baño con jabones especiales para su piel (31).

No obstante, todo caso fuera en la cama; se inicia el baño de la cabeza a los pies y por último los genitales, siempre observando los cambios en la integridad de la piel, evitar la fricción de la piel para evitar lesiones, enjuagar y secar correctamente la zona de pliegues, evitar dejar zonas húmedas para así desaparecer los riesgos de úlceras o infecciones en la piel del paciente paliativo (31).

Otro punto a considerar son las úlceras por presión (UPP), estas se exponen cuando “el tejido blando es ceñido entre una prominencia ósea y una superficie externa por un tiempo prolongado”, adicionalmente la presión que se ejerce en la piel oprime vasos sanguíneos que producen nutrientes, y cuando la piel no recibe ello se genera las UPP, puede llegar a comprometer todas las partes de la piel. La meta es la prevención, para comenzar es necesario identificar si mi paciente es apto para producir UPP, por eso es importante identificar los factores de riesgo como son: deterioro del estado nutricional, nivel de conciencia alterado, incontinencia e inmovilidad (28).

Las úlceras por presión cuentan con un tratamiento basando en tres pasos: “aliviar la presión sobre la úlcera, cuidar la lesión y llevar una nutrición adecuada”. A su vez la reducción o alivio de la presión puede darse a través de: El uso de camas o colchones especiales, revisión del área de soporte para calmar la presión, la verificación si el paciente está en una correcta posición corporal; y si en caso el paciente se encuentra en la cama, no se debe apoyar en la prominencia ósea, para ello es recomendable utilizar cojines o almohadas para aliviar la presión y el cambio de postura cada 2 horas (29).

En relación con la posición del paciente, la forma correcta es mantenerlo acostado decúbito dorsal, con sus talones separados de la cama en donde se apoyen en pequeñas almohadillas suaves o especiales como cojines antidescargas (30).

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Santa Rosa.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en su *dimensión manejo del dolor* de los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Santa Rosa.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en su *dimensión control de la disnea* de los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Santa Rosa.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en su *dimensión sedación paliativa* de los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Santa Rosa.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en su *dimensión cuidado de la piel* de los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Santa Rosa.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio de enfoque cuantitativo porque se analizó los datos recolectados por medio de programas estadísticos para cuantificar los resultados y ser presentados numéricamente. Asimismo, es de diseño descriptivo, porque se presentó las características fundamentales del contenido de la variable de estudio que se examinó. Por otra parte, de corte transversal, porque los datos se recolectaron en un solo tiempo determinado (43).

Población

El estudio se realizó en el “Hospital Santa Rosa” nivel III – 1. La población de profesionales de enfermería que cuenta la institución en el servicio de medicina son 25, en el servicio de oncología son 20 y en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son 25; en total las tres área consta con un total de 70 profesionales de enfermería; sin embargo, la investigación se desarrolló con **66 participantes** debido a que solo estos contaban con los criterios de inclusión y de exclusión. La cantidad de profesionales de enfermería fue proporcionada según la data otorgada por las jefas de cada área.

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería asistenciales que laboren en los servicios de medicina, oncología y unidad de cuidados intensivos.
- Profesionales de enfermería asistenciales que estén actualmente laborando.
- Profesionales de enfermería asistenciales con tiempo de experiencia laboral mínimo dos años.
- Profesionales de enfermería asistenciales contratadas bajo cualquier modalidad.
- Profesionales de enfermería asistenciales que acepten participar voluntariamente del estudio y que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Profesionales de enfermería asistenciales que se encuentren de licencia y vacaciones.
- Profesionales de enfermería asistenciales que realicen funciones administrativas.

Muestra

En el presente estudio utilizó una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Procedimiento y técnicas

Procedimiento de recolección de datos:

El procedimiento de recolección de datos se efectuó de la siguiente manera:

Como primer paso se contó con la inscripción de la tesis en la “Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería”, para luego ser aprobado por el “Comité Institucional de Ética (CIE)”, después se procedió a remitir el documento al director del “Hospital Santa Rosa” para la presentación y aprobación por parte de la “Oficina de Docencia e Investigación” de la institución sanitaria.

Asimismo, se solicitó a la unidad de investigación las cartas dirigidas a cada uno de los expertos para su participación en la validación del instrumento; se hizo entrega de las cartas en forma presencial a los 10 expertos para la validación.

Luego de obtener la autorización, se coordinó con las jefas de cada servicio para explicar el objetivo del estudio y brindar el consentimiento informado a las enfermeras asistenciales. En este momento se coordinó los días para las visitas de las investigadoras, las cuales fueron desarrolladas en el transcurso de la mañana y de la tarde de lunes a domingo, durante los meses de junio del 2023 y enero del 2024.

La aplicación del instrumento se dio en un tiempo estimado de 15 minutos de forma presencial e individual. Como estrategia para no interrumpir sus funciones, la aplicación del cuestionario se realizó en el área de descanso de cada servicio en un lapso aproximado 15 a 20 minutos. Además, cabe acotar que se respetó los tiempos

y turnos de cada uno de los profesionales de enfermería para no interferir con sus labores.

Luego de aplicar los instrumentos, se verificó la validez de las respuestas y se le codificó para poder tabularlas y desarrollar en una base de datos a través del programa “Microsoft Excel”. Por consiguiente, se hizo uso de dicha base de datos, la cual fue procesada estadísticamente a través del Programa Stata V.16 que arrojó resultados en tablas de acuerdos a las variables y dimensiones estudiadas.

Por otro lado, se menciona que el proyecto tuvo actualizaciones en su contenido: introducción, antecedentes y referencias bibliografía es por ello por lo que se recurrió a enviar una carta de enmienda dirigida y aprobada por el “Comité Institucional de Ética” en el mes de mayo del 2024 (Anexo 4).

Técnica de recolección de datos:

La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. El instrumento se nomino “Cuestionario para medir el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre cuidados paliativos” y fue adaptado mediante el uso del libro titulado Cuidados Paliativos de la autora Nuria Trujillo Garrido por Dextra Editorial de la serie de Gerontología en España en el 2015. Las preguntas y alternativas fueron elaboradas a partir de lo descrito en el capítulo número 4, en dicho acápite se expuso los síntomas principales y sus cuidados de enfermería.

El instrumento elaborado consta de 45 preguntas, distribuidas en cuatro dimensiones, las cuales son el manejo del dolor (15 preguntas), el control de la disnea (10 preguntas), la sedación paliativa (11 preguntas) y el cuidado de la piel (9 preguntas). Cada una y de opción múltiple, donde la respuesta correcta obtiene 1 punto y la respuesta incorrecta 0 puntos. La clasificación fue mediante la técnica de Estanino.

La clasificación de los niveles de conocimiento fue:

Conocimiento sobre el manejo del dolor

Alto (15-11 aciertos)

Medio (10-6 aciertos)

Bajo (5-0 aciertos)

Conocimiento sobre el control de la disnea

Alto (10-8 aciertos)

Medio (7-4 aciertos)

Bajo (3-0 aciertos)

Conocimiento sobre sedación paliativa

Alto (11-8 aciertos)

Medio (7-4 aciertos)

Bajo (3-0 aciertos)

Conocimiento sobre cuidado de la piel

Alto (9-7 aciertos)

Medio (6-4 aciertos)

Bajo (3-0 aciertos)

Puntaje Global

Alto (31-45 aciertos)

Medio (16-30 aciertos)

Bajo (0-15 aciertos)

Validez y confiabilidad del instrumento:

En primer lugar, la *validez* del instrumento se realizó mediante juicio de expertos, en el cual participaron 10 profesionales de enfermería, de otra institución semejante a la del estudio, con experiencia laboral en los servicios de medicina, oncología y unidad de cuidados intensivos. La validez del instrumento fue evaluada a través de los rubros de contenido, constructo y criterio. Los resultados fueron procesados por una prueba binomial, evidenciándose la validez de contenido ($p=0.0028$), validez de constructo ($p=0.0022$) y validez de criterio ($p=0.0101$) (Anexo 6). Por otro lado,

para la *confiabilidad* se realizó una prueba piloto a 15 profesionales de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante un periodo de abril a mayo del 2023, contó con características similares a la población del estudio, se utilizó el estadístico Kuder-Richardson donde se obtuvo un $KR = 0,718$ ($KR_{20} > 0,7$). Por lo tanto, las pruebas psicométricas aplicadas demostraron que el instrumento es válido y confiable para su utilización (Anexo 7).

Aspectos éticos del estudio

Se respetó el principio de autonomía porque se contó con la participación voluntaria de los profesionales de enfermería mediante la firma del consentimiento informado.

Desde el punto de vista de justicia, se eligió sin distinción alguna ya sea de cargos, edad, tiempo de servicio, departamento en que labora, especialidad o algún conocimiento previo sobre cuidados paliativos y calidad de contrato.

Con el estudio el beneficio que obtuvo el participante es ser parte de un estudio significativo para la población de profesionales de enfermería que brinda cuidados a pacientes terminales.

A su vez la participación en el estudio no causó ningún daño ni riesgo alguno a los participantes.

Plan de análisis

Los datos fueron codificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa Microsoft Excel para su posterior análisis con el programa estadístico Stata V. 16. Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos, presentado en tabla de frecuencias.

IV. RESULTADOS

El estudio encontró que un 90.90% son de sexo femenino. Sobre la modalidad de contrato el 54.54% tiene contrato como personal nombrado, mientras que los contratos CAS y de terceros representan el 25.75% y el 19.96%, respectivamente. Un 37.87% tienen entre 11 a 15 años en su servicio de trabajo. Los servicios de medicina y UCI tienen un 36.36% respectivamente de la población, y oncología solo un 27.27%. Por último, un 72.73% tienen una especialidad profesional. Por último, con relación a cursos o talleres en cuidados paliativos que llevaron los participantes un 63.64% manifestaron que no tuvieron (Tabla 1).

Los conocimientos de las dimensiones del cuidado paliativo fueron: Manejo del dolor un 59,09% obtuvieron un nivel alto, en la dimensión control de la disnea un 65.15% tuvo un nivel medio, en la dimensión sedación paliativa se obtuvo un 59.09% presentando un nivel medio y finalmente en la dimensión sobre cuidado de la piel un 57.58% alcanzó un nivel alto (Tabla 2).

Por cada dimensión se revisó la frecuencia de las respuestas brindadas. En la dimensión del manejo del dolor, las preguntas con mayor frecuencia de error (entre 50 y 53%) eran las relacionadas a la identificación del tipo de dolor y a los tratamientos no farmacológicos (psicológicos). El resto de las preguntas obtuvieron respuestas correctas mayores de al 50% (Tabla 3).

En la dimensión sobre el conocimiento del control de la disnea los ítems con mayor frecuencia de error (oscilando entre 60 y 56%) eran las relacionadas a la disnea reversible y a los tratamientos para pacientes con obstrucción de la vía aérea por un tumor. Mientras que, las demás interrogantes al tuvo más del 50% de respuestas correctas (Tabla 4).

En a la dimensión sobre sedación paliativa; se obtuvo un nivel medio. Por consiguiente, en cuanto a los ítems que hablaban sobre el objetivo de la sedación paliativa y los puntos a completar en la historia clínica de un paciente con sedación paliativa (75 y 72 % respectivamente) respondieron de manera errónea. Por otro lado, más del 50% respondió de manera correcta (Tabla 5).

En la última dimensión sobre cuidado de la piel; las preguntas que fueron respondidas de manera incorrecta (entre 39 y 37%) fueron las que trataban sobre los cuidados de la piel en pacientes paliativos con edema y sobre la posición para mantener al paciente paliativo postrado (Tabla 6).

Por último, el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos presenta un nivel medio con un 57,58%, nivel alto con 37,87% y nivel bajo con 4,55% (Tabla 7).

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que la mayoría de los participantes son del sexo femenino. Una de las principales razones radica en que la profesión de enfermería es mayoritariamente femenina, según un reporte de la “Organización Panamericana de la Salud (OPS)” el 70% de los profesionales del sector salud está compuesto por mujeres, situación que también se ve reflejado en el Perú con un 65 % es de sexo femenino (31). La modalidad del contrato reportado en su mayoría fue en condición de nombrado, la modalidad de contrato mediante el proceso de nombramiento del personal de la salud es una medida clave para fortalecer el sector público (31), cabe resaltar que el sitio donde se ejecutó la investigación predomina el personal con varios años en el servicio. Las áreas donde laboran más los participantes son el área Medicina y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (32). Del mismo modo, se identificó que la mayoría de los participantes disponen de una especialidad, no obstante, la mayoría no han realizado un curso o taller orientado a cuidados paliativos.

El nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos, en relación con las dimensiones de la variable del estudio, encontró que la dimensión manejo de dolor dispone de niveles altos de conocimiento. El resultado obtenido en esta dimensión se encontraría relacionado a que los participantes cuentan con experiencia profesional en las áreas de Medicina y UCI. El dato encontrado guarda similitud con el estudio de Sanghee Kim (33) que encontró que el profesional de enfermería posee destreza en el manejo del dolor y los síntomas, asimismo el estudio de Zubairi (34) tuvo como objetivo el conocimiento y las percepciones de los profesionales de la salud sobre el manejo del dolor en cuidados paliativos, donde se alcanzó como resultado un porcentaje alto de conocimientos. Sin embargo, los resultados discrepan del estudio Sesma - Mendoza (15) que mencionó que el profesional de enfermería posee un nivel básico sobre el manejo de dolor. Por ello, se considera de forma fundamental la incorporación en el quehacer de enfermería la identificación precisa y oportuna de la valoración correspondiente para mejorar el control de los síntomas asociados al dolor.

Por otro lado, el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos, en relación con la dimensión del control de la disnea, obtuvo el resultado de un nivel medio de

conocimiento. La falta de competencias en la presente dimensión desarrollada estaría orientada a la escasez de instrucción apropiada, esto se ve reflejado en el mayor porcentaje de profesionales de enfermería que no han desarrollado cursos basados en cuidados paliativos. Los resultados alcanzados coinciden con la investigación de Hackner (35) que obtuvo como objetivo la evaluación de enfoque de diagnóstico y nivel de conocimiento de cuidados paliativos sobre control de la disnea, el cual determinó un nivel medio de conocimientos. Por el contrario, los resultados difieren con el estudio de Medina (36) que menciona un insuficiente conocimiento de los enfermeros sobre cuidados paliativos y sobre técnicas respiratorias para control de la disnea. Por consiguiente, se debe procurar que el profesional de enfermería refuerce sus conocimientos sobre el control de la disnea, ya que entre los síntomas frecuentes de las personas que son tratadas con cuidados paliativos se presenta la dificultad respiratoria (18), lo cual al tener el conocimiento y habilidad sobre esta sintomatología puede beneficiar a un mejor manejo de este tipo de pacientes.

Por otra parte, el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en relación con la dimensión de sedación paliativa obtuvo un nivel medio de conocimiento. Los resultados encontrados, como se mencionó con anterioridad, se encontrarían asociados a una limitada formación en el área explorada. Los datos hallados en la investigación encuentran relación con el estudio de Sastre (37) quien presentó como meta estudiar el rango de conocimiento de los conceptos de cuidados paliativos, como la sedación paliativa, donde consiguió como resultado un nivel medio de conocimientos. En cambio, los datos encontrados se diferencian del estudio de Zuleta (38) el cual menciona que encontró un alto nivel de conocimiento sobre sedación paliativa. Por lo tanto, se debe considerar que la participación del profesional de enfermería es fundamental en la sedación paliativa, ya que son los entes encargados de efectuar la administración de los fármacos y realizar el seguimiento pertinente para la evaluación de la eficacia de la intervención; por tal motivo, la formación profesional y la destreza sobre la sedación paliativa son puntos claves para una atención de calidad hacia la población que requiere de este tipo de cuidados.

En relación con el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos donde se desarrolló el cuidado de la piel se evidenció niveles altos de conocimiento. Se debe tomar en consideración que dentro de los resultados encontrados se pudo reflejar que los participantes tienen en mayor porcentaje varios años de experiencia laboral. Asimismo, en la comparación de los resultados se observa que lo encontrado discrepa del estudio de Cazorla (39) que menciona que la dimensión cuidado de la piel – úlceras por presión tiene un nivel regular de conocimientos; por otro lado, la investigación de Kaçmaz (40) mencionan que el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre cuidado de la piel es bajo; de igual modo, el estudio de Gedamu (41) indica que el conocimiento general de las enfermeras sobre cuidado de la piel es bajo. Por tal razón, se considera, según lo encontrado, destacar el conocimiento pertinente sobre un adecuado cuidado de la piel de los profesionales de enfermería que laboran en la institución; aun así, es indispensable concientizar, de manera continua, el manejo de la integridad de la piel a los pacientes que requieren de estas actividades de enfermería, debido que las lesiones en la piel en diversas ocasiones generan un considerable deterioro del estado de salud del individuo (22).

En consideración a el grado de conocimiento global sobre atenciones paliativas de los participantes se halló un nivel medio de conocimientos. El nivel de conocimiento encontrado discrepa con el estudio de Guevara (11) que indica que el conocimiento del profesional de enfermería con respecto a cuidados paliativos es considerado bajo, coincidiendo con el estudio de Chover (12) que demostró que el nivel de conocimiento es básico en los profesionales de enfermería en el ámbito de los cuidados paliativos; del mismo modo, Hiciano (8) mostró que las enfermeras del Área VII de la Región de Murcia tienen un rango bajo de conocimientos vinculados con concepciones básicas de cuidados paliativos. Por otro lado, el resultado de la investigación difiere del estudio de Guillen (7), quien menciona que la mayoría de las enfermeras del servicio de medicina identifican la importancia que son los cuidados paliativos y, asimismo, en el estudio de Lesvia (10) se obtuvo un nivel alto de conocimientos sobre cuidados paliativos.

Para concluir, a medida que se ha desarrollado el presente análisis, se ha podido identificar qué tanto como los enfermeros y enfermeras que han participado en el estudio presentan experiencia laboral en las áreas que se desenvuelven, esto se ha

percibido en el mayor porcentaje del indicador que refiere entre 11 a 15 años de tiempo en el servicio; además es relevante resaltar que los participantes de la investigación refieren en un 72,73% contar con una especialidad profesional. Las características profesionales descritas han permitido que el enfermero adquiera competencias y nociones generales sobre los cuidados de enfermería en pacientes que demandan de este tipo de atención, no obstante, es pertinente recalcar que un 63,64% de la población del estudio no ha realizado cursos o talleres orientados en cuidados paliativos. Por otra parte, un estudio realizado en el 2021 en Turquía, el cual fue publicado en la revista “La formación de enfermeras en la práctica (Nurse Education Practice)”, demostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre las puntuaciones medias de las enfermeras antes y después de una intervención educativa sobre cuidados paliativos, los autores determinaron que el desarrollo de intervenciones educativas es una forma eficaz de mejorar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los cuidados paliativos (44). Por ello, es oportuno mencionar que los profesionales de enfermería y el establecimiento de salud donde se ejecutó el estudio tienen la responsabilidad de incrementar los conocimientos relacionados a cuidados paliativos, donde el personal no solo cuenten con generalidades básicas sobre el manejo de este tema, sino, de forma paralela, adquieran mayor experticia mediante un formación educativa para una atención eficaz y pertinente.

VI. LIMITACIONES

- El presente estudio no participó con el total de profesionales de enfermería que laboran en la áreas de medicina, oncología y la unidad de cuidados intensivos; ya que existió una cantidad de profesionales de enfermería que no se implicaron en el desarrollo de la investigación, por lo que el resultado obtenido no se puede generalizar al total de individuos o a poblaciones con características similares a la del estudio.
- Por otro lado, la forma medición del conocimiento a través del instrumento utilizado discrepan, en contenido, de algunas empleadas en otros estudios; y solo se hizo uso de aquellas investigaciones que median las mismas dimensiones de la presente investigación. Lo determinado con anterioridad, indica que se requiere el desarrollo de un instrumento estandarizado y acreditado que evalúe de forma eficaz el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los cuidados paliativos.
- Además, se presentó la dificultad en el proceso de ejecución de estudio, ya que el acceso a los profesionales participantes se vio limitado porque la aplicación del instrumento se realizó dentro del tiempo laboral. La situación indicada provocó que se prolongue la duración estimada de la investigación.

VII. CONCLUSIONES

Del presente estudio, según los resultados obtenidos, se concluyó lo siguiente:

- El nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Santa Rosa es de nivel medio.
- El nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en su *dimensión manejo del dolor* de los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Santa Rosa es de nivel alto.
- El nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en su *dimensión control de la disnea* de los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Santa Rosa es de nivel medio.
- El nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en su *dimensión sedación paliativa* de los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Santa Rosa es de nivel medio.
- El nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en su *dimensión cuidado de la piel* de los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Santa Rosa es de nivel alto.

VIII. RECOMENDACIONES

En el presente estudio se han planteado las siguientes recomendaciones:

- En base al hospital se debe seguir fortaleciendo estrategias como capacitaciones y programas constantes para el profesional de enfermería donde se enfatice el cuidado paliativo para el paciente terminal para que, de este modo, se pueda mejorar o mantener el nivel de conocimiento.
- En relación con el ámbito familiar, como profesionales de enfermería se tiene la responsabilidad de involucrar a la familia como un actor fundamental para el cuidado de los pacientes paliativos, brindándoles la información necesaria para que ellos ayuden y estén presentes demostrando una atención de calidad durante todo el proceso que conlleva el encontrarse en un estadio terminal. Permitiendo así a los familiares acercarse al paciente manteniendo diversos lazos o vínculos en la relación, como parte del proceso de un buen morir.
- Por parte de los profesionales de enfermería seguir evaluando permanentemente el cuidado que se está brindando, tratando de que este sea un cuidado holístico con calidad humana, pues el sujeto de su cuidado es la persona y su salud es lo más valioso que posee, siempre mostrando afecto a los demás con el cuidado que van a brindar.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alina Juárez-Rodríguez P, De M, García-Campos L, Alina P, Rodríguez J. Sección itineraria La importancia del cuidado de enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2009;17(2):109–11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
2. Nagusia EJAZ. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos [Internet]. SNS- Ministerio de Sanidad y Consumo. España: 2008; 2008. 216–226 p. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf
3. L.C. Galindo-Huerta, A. Montañez-Orozco, y G. Cantú-Quintanilla. Evaluación del nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre cuidados paliativos, Ley de cuidados paliativos y Ley de voluntad anticipada. Rev. Mexicana de Enfermería. Agosto de 2017 [Internet]. 2017; 5:70-5. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/2018/RevistaEnfermeria/agosto-2017.pdf>
4. Resolución Ministerial N° 939-2021-MINSA [Internet]. Wwww.gob.pe. 2021 [citado 2022 Abr 9]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2046037-939-2021-minsa>
5. Bush SH, Gratton V, Kabir M, Enright P, Grassau PA, Rice J, et all. Building a Medical Undergraduate Palliative Care Curriculum: Lessons Learned. J Palliat Care. 2021 [citado 2024 MAR 12]; 36(1):29-37. Doi: 10.1177/0825859720916565.
6. Guillén D. Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina de un

hospital público, Lima, 2017 [Tesis de grado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2018 [citado 2022 ABR 9]. Disponible en:

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/9619/Guillen_Id.pdf?sequence=3&isAllowed=y

7. Hiciano Guillermo AI, Jover Aguilar M, Martínez-Alarcón L. Nivel de conocimientos en cuidados paliativos de las enfermeras; un estudio descriptivo en el Área de Salud VII de la Región de Murcia [Internet]. Med Paliat. 2020;27(2):79-87 [citado 2022 Abr 8]. Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/350/4/03.%201127-2019%20OR%20Hiciano%20OK.pdf>
8. Montserrat U., Delgado K. Nivel de conocimientos en Cuidados Paliativos relacionado con desempeño profesional de Enfermería en un hospital [Internet]. Ocronos. 2020 [citado 2022 Abr 8];3(8):78; 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/nivel-conocimientos-cuidados-paliativos-enfermeria-hospital/>
9. Lesvia Hernández-Sánchez M, Raúl Aguilar-García C. Investigación Knowledge of nurses on palliative care for internal medicine inpatients Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2016/eim162c.pdf>
10. Guevara-Valtier M, Santos-Flores J, Santos-Flores I, Julieta Valdez-Ramírez F, Yazmany Garza-Dimas I, De Los M, et al. Artículo Original. 2017 [citado 2022 Abr 8];22(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con174d.pdf>
11. Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. Revista Latinoamericana de Enfermagem. Oct 2017 [citado 2022 Abr 8];25(0). Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/cmHrR4pXxnFDgqRrmLMmvLH/?lang=es&format=pdf>

12. Achora S, Labrague LJ. An Integrative Review on Knowledge and Attitudes of Nurses Toward Palliative Care: Implications for Practice. *Journal of hospice and palliative nursing* Feb 2019[citado 2024 MAR 15]; 21 (1):29-37 Disponible en: <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000481>
13. Bansal, S., Jinwala, P., Asati, V., Banappagoudar, S., Elhence, A., Shrivastava, S., Patidar, R., Singhai, P., Patel, S. y Chitalkar, P. Assessment of Knowledge about Palliative Care among Registered Nursing Professionals: A Prospective Cross-Sectional Study in a Tertiary Care Hospital in Central India. *Revista Asia Pacífico sobre el cuidado del cáncer*, 8 (4), 709-713. <https://doi.org/10.31557/apjcc.2023.8.4.709-713>
14. Jiménez Cortés, R., Ramos Sánchez, A., Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de Enfermería-valoración de App (herramienta de trabajo). *Conocimiento Enfermero* 18 (2022): 35-63. Disponible en: https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/77230/202320115551504_05_Conocimiento_valoracion_cuidados_paliativos.pdf?sequence=-1&isAllowed=y
15. Sesma-Mendoza A, Aranguren-Sesma M, Estraviz-Pardo F, Lizarazu-Armendáriz E, Goñi-Viguria R. Conocimientos de enfermeras sobre cuidados paliativos en una unidad de cuidados críticos. *Enfermedad Intensiva* (Engl Ed). 2022 Oct-Dec;33(4):197-205. [doi: 10.1016/j.enfie.2021.10.003](https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.10.003). Epub 2022 Nov 5. PMID: 36347801.
16. Uranga Montero C, Ruiz González E, Palomé Vega G. Nivel de Conocimiento Sobre Cuidados Paliativos del Personal de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel [Internet]. 2023 Abr 30 [citado 2024 Mar

15];19(3):322–44. Disponible en:
<https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/16712>

17. Chinemerem Eleke, Goodluck Azuonwu, Ifeyinwa S. Agu, Raphaela M.Nnorom, Augustina N. Ogini, Esther Eleke-Bempong, Rosemary A. Uzoma, Knowledge of palliative care among professional nurses in south east Nigeria: A needs assessment for continuing education, International Journal of Africa Nursing Sciences, Volume 13, 2020, 100237, ISSN 2214-1391, Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139120301141>

18. Maldonado M. Conocimientos y actitudes sobre el cuidado paliativo del profesional de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de ESSALUD, Callao, 2021 [Tesis de Especialidad Cuidados Intensivos]. Universidad Norbert Wiener; 2022 [citado 2024 MAR 10]. Disponible en:
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6275/T061_44995065_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Villanueva Q. Conocimientos y actitudes de los internos de enfermería sobre cuidados paliativos, Universidad Señor de Sipán- Pimentel, 2019 [Tesis para el grado de Licenciatura en Enfermería]. Universidad Señor de Sipán; 2020 [citado 2024 Mar 19]; 21(3): 571-579. Disponible en:
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7246/Villanueva%20Salva%20Quelita.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Berrocal K. Conocimiento y actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal en enfermeras en un hospital de lima, 2021 [Tesis para el grado de Licenciatura en Enfermería]. Universidad Privada del Norte; 2023 [citado 2024 Mar 18]. Disponible en:
<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/36177/Berrocal%20Ochoa%2c%20Karen%20Arlette.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Alarcón V. Conocimiento del enfermero sobre cuidados paliativos en el paciente con cáncer terminal en el Hospital Militar Central, 2019 [Tesis de grado]. Universidad Cesar Vallejo; 2019 – II [citado 2022 Abr 9]. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40683/Alvarez_AL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. V. Ramírez, Augusto. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2022 [citado 2022 Abr 11];70(3):217–24. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011#:~:text=El%20conocimiento%20es%20el%20acto,la%20evoluci%C3%B3n%20del%20pensamiento%20humano.
23. Valenzuela Vidal A, Folch Ayora A, Bou Esteller J, Fernández Yañez Z, Eroles Tena S, Salas Medina P. Adquisición de conocimientos en cuidados paliativos mediante un plan de estudios transversal en enfermería. Enfermería Global [Internet]. 2020 jun 18 [citado 2022 Abr 11];19(3):322–44. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300322#B10
24. Trujillo Garrido N. Cuidados paliativos [En Línea]. Madrid: Dextra Editorial, 2015 [citado 17 abr. 2022]. Disponible en:
<https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/lc/cayetano/titulos/138490>
25. Baz T, Sagrario M, Baz T, Sagrario M. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 20];13(3):203–11. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000300203&lng=es.%20%20Epub%2023-Nov-2020.

26. Martín-Romo Mejías J. Cuidados paliativos (2a. ed.) [En Línea]. Málaga: Editorial ICB, 2018 [citado 17 de abr. del 2022]. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/lc/cayetano/titulos/105465>
27. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos [Internet]. cuidadospaliativos.org. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2017/5/Recomendaciones%20para%20el%20cuidado%20de%20paciente%20con%20enfermedad%20oncolo%20CC%81gica%20y%20o%20enfermedad%20avanzada.pdf>
28. Magreth L. Competencias de enfermería en cuidados de fin de vida hospitalario y su relación con los planes de formación de Universidades en Santander Colombia, 2019. Unabeduco [Internet]. 2019 [citado 2022 Abr 14]; Disponible en: <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/7243>
29. Molero O, Rivera Muñoz D, Paredes M, Cesar P, Germán A, Rodríguez M. Trabajo de investigación para la obtención del título profesional de médico cirujano [Internet]. 2018. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1505/Nivel_OrdenezMolero_Diego.pdf?sequence=4&isAllowed=y
30. Ministerio de salud, Nota de prensa 2006. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/41237-las-mujeres-constituyen-el-70-de-la-fuerza-laboral-del-sector-salud-en-america-latina>
31. Ministerio de la salud, nota de prensa 2014. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31125-nombramiento-del-personal-clas-necesita-un-marco-normativo>

32. El rol de la enfermería en la terapia intensiva para adultos. Revista DICEN, 2023. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-rol-de-la-enfermeria-en-la-terapia-intensiva-para-adultos-DDIMPORT-035128/#:~:text=Debe%20brindar%20cuidados%20generales%20a,con%20la%20familia%20y%20paciente.>
33. Kim S, Lee K, Kim S. Conocimiento, actitud, confianza y necesidades educativas de los cuidados paliativos en enfermeros que atienden a pacientes no oncológicos: un estudio descriptivo transversal. BMC Palliat Care. 2020 Jul 11;19(1):105. doi: 10.1186/s12904-020-00581-6. PMID: 32652984; PMCID: PMC7354682.
34. Zubairi H, Tulshian P, Villegas S, Nelson BD, Ouma K, Burke TF. Evaluación de los servicios de cuidados paliativos en el oeste de Kenia. Ann Palliat Med. 2017 Apr;6(2):153-158. doi: 10.21037/apm.2017.01.02. Epub 2017 Jan 19. PMID: 28249546.
35. Hackner K, Heim M, Masel EK, Riedl G, Weber M, Strieder M, Danninger S, Pecherstorfer M, Kreye G. Evaluación de enfoques de diagnóstico y tratamiento de la disnea aguda en un entorno de cuidados paliativos entre médicos con diferentes niveles educativos. Atención de apoyo al cáncer. 2022 Jul;30(7):5759-5768. doi: 10.1007/s00520-022-06996-6. Epub 2022 Mar 25. PMID: 35338391; PMCID: PMC9135814.
36. Medina González Inarvis, Chacón Reyes Elicerio, Hernández Quintero Odalys. Conocimientos de los enfermeros del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico sobre cuidados paliativos. Medisur [Internet]. 2015 Ago [citado 2024 Jun 24] ; 13(4): 500-507. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400006&lng=es.
37. Sastre Moyano, P., Villacieros Durbán, M., Ruiz Aragonese, R., Obispo Díaz, C., Pérez Miguel, E., & Bermejo Higuera, J. C. (2024). Hacia una

- cultura paliativa: nivel de conocimiento y creencias erróneas sobre cuidados paliativos, sedación paliativa y eutanasia. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (24), 1–15. <https://doi.org/10.14422/rib.i24.y2024.004>
38. Zuleta-Benjumea A, Muñoz SM, Vélez MC, Krikorian A. Nivel de conocimiento, impacto emocional y percepción sobre el papel de los profesionales de enfermería en relación con la sedación paliativa. *J Clin Nurs*. 2018 Nov;27(21-22):3968-3978. [doi: 10.1111/jocn.14582](https://doi.org/10.1111/jocn.14582). [Epub 2018 Aug 17. PMID: 29943861.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29943861/)
39. Carzorla A, Pacheco N. Nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos de una clínica privada de Huancayo – 2021. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del Callao; 2021 [citado 2024 JUN20]. Disponible en: https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6138/TESIS_2DAESP_CAZORLA_PACHECO_FCS_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
40. Kaçmaz HY, Karadağ A, Çakar V, Ödek Ö. Determinación de los niveles de conocimiento de las enfermeras sobre desgarros cutáneos: un estudio transversal. *Adv Skin Wound Care*. 2023 May 1;36(5):267-274. [doi: 10.1097/01.ASW.0000922700.12014.e7](https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000922700.12014.e7). [PMID: 37079790.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37079790/)
41. Gedamu H, Abate T, Ayalew E, Tegenaw A, Birhanu M, Tafere Y. Nivel de conocimiento de las enfermeras sobre la prevención de las úlceras por presión: una revisión sistemática y un estudio de metanálisis en Etiopía. *Heliyon*. 2021 Jul 22;7(7):e07648. [doi: 10.1016/j.heliyon.2021.e07648](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07648). [PMID: 34381901; \[PMCID: PMC8334377\]\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC8334377/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34381901/)
42. Menekli T, Doğan R, Erce Ç, Toygar İ. Effect of educational intervention on nurses knowledge about palliative care: Quasi-experimental study. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2021;51(102991):102991. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2021.102991>

43. Escudero C, Cortez L. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica: Ediciones UTMACH; 2018. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12501/1/Tecnicas-y-MetodoscualitativosParaInvestigacionCientifica.pdf>
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Peruana, 2024. Una mirada de la diversidad étnica [Internet]. 2024 jul [citado el 11 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6616587/5751291-situacion-de-la-poblacion-peruana-2024-una-mirada-de-la-diversidad-etnica.pdf?v=1720728622>

TABLAS

Tabla 1

Características sociodemográficos de los profesionales de enfermería del Hospital
Santa Rosa, 2023

Características	Frecuencia (n=66)	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	6	9.09
Femenino	60	90.90
<i>Modalidad de contrato</i>		
Nombrados	36	54.54
Contratados (CAS)	17	25.75
Terceros	13	19.69
<i>Tiempo de servicio</i>		
Hasta 1 año	5	7.57
2 a 5 años	11	16.66
6 a 10 años	20	30.30
11 a 15 años	25	37.87
16 a más	5	7.57
<i>Áreas o servicios</i>		
Medicina	24	36.36
Uci	24	36.36
Oncología	18	27.27
<i>Especialidad profesional</i>		
Si	48	72.73
No	18	27.27
<i>Curso o taller en cuidados paliativos</i>		
Si llevaron un curso o taller	24	36.36
No llevaron un curso o taller	42	63.64

Tabla 2

Nivel de conocimiento por dimensiones sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería del Hospital Santa Rosa, 2023

Dimensión	Nivel		
	Alto n (%)	Medio n (%)	Bajo n (%)
Manejo del dolor	39 (59.09)	21 (31.82)	6 (9.09)
Control de la Disnea	13 (19.70)	43 (65.15)	10 (15.15)
Sedación Paliativa	24 (36.36)	39 (59.09)	3 (4.55)
Cuidado de la Piel	38 (57.58)	23 (34.85)	5 (7.57)

Tabla 3

Frecuencia de las preguntas sobre el nivel de conocimiento de la dimensión manejo del dolor en los profesionales de enfermería del Hospital Santa Rosa, 2023

Dimensión manejo del Dolor	Nivel			
	Correcto		Incorrecto	
	n	%	n	%
1. Definición de dolor	60	90.90 %	6	9.09%
2. Tipos de dolor	31	46.96%	35	53.03%
3. Duración del dolor	56	84.84%	10	15.15%
4. Dolor agudo	36	54.54%	30	45.45%
5. Clasificación del dolor	51	77.27 %	15	22.72%
6. Dolor neuropático	46	69.70%	20	30.30%
7. Dolor somático	41	62.12%	25	37.87%
8. Dolor cólico	41	62.12%	25	37.87%
9. Evaluación del dolor	59	89.39%	7	10.60%
10. Escala numérica del dolor	59	89.39%	7	10.60%
11. Fármacos del primer nivel	55	83.33%	11	16.66%
12. Fármacos del segundo nivel	43	65.15%	23	34.85%
13. Efectos adversos de analgésicos	56	84.84%	10	15.15%
14. Neuro estimulación	48	72.72%	18	27.27%

15. Tratamiento psicológico	33	50.00%	33	50.00%
-----------------------------	----	--------	----	--------

Tabla 4

Frecuencia de las preguntas sobre el nivel de conocimiento de la dimensión control de la disnea en los profesionales de enfermería del Hospital Santa Rosa, 2023

Dimensión Control de la Disnea	Nivel			
	Correcto		Incorrecto	
	n	%	n	%
16. Definición de disnea	35	53.03%	31	46.97%
17. Prevalencia de la disnea	30	45.45%	36	54.55%
18. Tipos de disnea	32	48.48%	34	51.52%
19. Clasificación de la disnea	40	61.60%	26	39.39%
20. Disnea reversible	26	39.39%	40	60.60%
21. Tratamiento por obstrucción	51	77.27%	15	22.72%
22. Tratamiento por tumor	29	43.93%	37	56.06%
23. Fármacos recomendados	45	68.18%	21	31.81%
24. Valoración de la disnea	54	81.81%	12	18.18%
25. Medidas ambientales	39	59.09%	27	40.90%

Tabla 5

Frecuencia de las preguntas sobre el nivel de conocimiento de la dimensión sedación paliativa en los profesionales de enfermería del Hospital Santa Rosa, 2023

Dimensión Sedación Paliativa	Nivel			
	Correcto		Incorrecto	
	n	%	n	%
26. Definición de sedación paliativa	47	71.21%	19	28.78%
27. Objetivo de la sedación paliativa	44	66.66%	22	33.33%
28. Clasificación según objetivo	16	24.24%	50	75.75%
29. Clasificación según intensidad	40	60.60%	26	39.39%
30. Síntomas refractarios	39	59.09%	27	40.90%
31. Inicio de la sedación paliativa	61	92.42%	5	7.57%
32. Registro de la sedación paliativa	18	27.27%	48	72.72%

33. Administración de fármacos	46	69.69%	20	30.30%
34. Fármacos más usados	35	53.03%	31	46.96%
35. Cuidados	50	75.75%	16	24.24%
36. Fármacos del tercer nivel	46	69.69%	20	30.30%

Tabla 6

Frecuencia de las preguntas sobre el nivel de conocimiento del cuidado de la piel en los profesionales de enfermería del Hospital Santa Rosa, 2023

Dimensión Cuidado de la Piel	Nivel			
	Correcto		Incorrecto	
	n	%	n	%
37. Objetivos del cuidados de la piel	43	65.15%	23	34.84%
38. Factores de riesgo	54	81.81%	12	18.18%
39. Afecciones más comunes	43	65.15%	23	34.84%
40. Cambios posturales	55	83.33%	11	16.66%
41. Signos de edema	56	84.84%	10	15.15%
42. Control de signos de edema	40	60.60%	26	39.39%
43. Úlceras por presión	54	81.81%	12	18.18%
44. Control de úlceras por presión	50	75.75%	16	24.24%
45. Posición recomendada	41	62.12%	25	37.87%

Tabla 7

Nivel de conocimiento global sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería del Hospital Santa Rosa, 2023

Nivel	Frecuencia n=66	%
Alto	25	37.87%
Medio	38	57.58%
Bajo	3	4.55%

ANEXOS

Anexo 1

Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores	Escala de clasificación
Conocimiento sobre cuidados paliativos en los profesionales de enfermería	El conocimiento es considerado como la acción generada por nosotros que se desarrolla por la objetividad y es reproducida en el pensamiento, además, es producto de diversos razonamientos, experiencias y aprendizajes (22). Por otro lado, los cuidados paliativos son considerados como el planteamiento que enriquece la mejora de calidad de vida de los pacientes y familiares, que se ven vulnerados por	Conocimiento sobre el manejo del dolor	Conjunto de información que los profesionales de enfermería adquieren sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de aquella sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial en pacientes en cuidados paliativos (25).	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de dolor • Clasificación del dolor • Escalas de medición del dolor • Tratamiento farmacológico • Tratamiento no farmacológico 	<p>Alto (15-11 aciertos)</p> <p>Medio (10-6 aciertos)</p> <p>Bajo (5-0 aciertos)</p>
		Conocimiento sobre control de la disnea	Conjunto de información que los profesionales de enfermería adquieren sobre identificar que la disnea es la percepción subjetiva que se demuestra mediante el déficit para respirar y se encuentra presente en pacientes en paliativos. Se caracteriza por ser un síntoma que genera ansiedad ya sea al paciente como a sus familiares y que deben ser controlados ya sea por mecanismos farmacológicos y no farmacológicos (25).	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de disnea • Clasificación de la disnea • Etiología de la disnea • Tratamiento farmacológico • Cuidados en crisis de disnea 	<p>Alto (10-8 aciertos)</p> <p>Medio (7-4 aciertos)</p> <p>Bajo (3-0 aciertos)</p>
		Conocimiento sobre sedación paliativa	Conjunto de información que los profesionales de enfermería adquieren sobre la sedación paliativa, se conoce como la administración de fármacos en dosis y	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de sedación paliativa • Objetivo de la Sedación paliativa 	<p>Alto (11-8 aciertos)</p>

	las problemáticas asociadas a las enfermedades riesgosas que afectan su vida (4).		<p>uniones requeridas, cuyo objetivo principal es limitar la consciencia de un paciente terminal con patologías oncológicas y no oncológicas, el desarrollo de ello tiene que ser autorizado ya sea por el propio paciente, su familia o un representante (25).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de la sedación paliativa • Condiciones para la aplicación de sedación paliativa • Consentimiento informado • Escala de valoración de la sedación paliativa • Tratamiento farmacológico • Cuidados en la sedación paliativa 	<p>Medio (7-4 aciertos)</p> <p>Bajo (3-0 aciertos)</p>
		<p>Conocimiento sobre el cuidado de la piel</p>	<p>Conjunto de información que los profesionales de enfermería deberán saber para mantener un correcto cuidado de la piel en un paciente postrado, ya que la mayoría de los pacientes paliativos se encuentran en dicha situación; eso requiere el realizar ciertas acciones preventivas para evitar afecciones en la piel, como úlceras por presión (28).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades sobre cuidados de la piel • Factores desencadenantes • Afecciones cutáneas comunes • Acciones que permiten el cuidado de la piel • Edemas en pacientes paliativos • Úlceras por presión (UPP) en pacientes paliativos 	<p>Alto (9-7 aciertos)</p> <p>Medio (6-4 aciertos)</p> <p>Bajo (3-0 aciertos)</p>

Anexo 2

Consentimiento informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	
(Adultos)	
Título del estudio:	“Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería del hospital Santa Rosa, 2023”
Investigador (a):	Jackeline Melissa Jurado Félix – Aurora Isabel Vargas Cotarma
Institución:	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para Determinar los niveles de conocimiento sobre cuidados paliativos en los profesionales de enfermería del Hospital Santa Rosa en el distrito de Pueblo Libre. Las dimensiones que abarcaremos son: Conocimiento sobre el manejo del dolor, conocimiento sobre el control de la disnea, conocimiento sobre la sedación paliativa y conocimiento sobre cuidados de la piel. Este es un estudio desarrollado por investigadoras de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente (*enumerar los procedimientos del estudio*):

1. Se realizará una encuesta para determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Santa Rosa, donde previamente se le preguntará sus datos personales
2. Se les realizará una encuesta de 45 preguntas en total.
3. La encuesta consta de 4 secciones, distribuidas de la siguiente manera, manejo del dolor 15 preguntas, control de la disnea 10 preguntas, sedación paliativa 12 preguntas y finalmente cuidado de la piel con 9 preguntas cada una y de opción múltiple.
4. Esta encuesta tomará un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos y se realizará de forma presencial.

¿Usted autoriza la grabación de esta reunión?

Sí () No ()

Durante la encuesta, usted no podrá nombrar a personas, facultades, instituciones y/o cualquier información que pudieran afectar o dañar la honra de terceros, durante la entrevista, en caso de que esto sucediera, tendremos que eliminar esa información del archivo en presencia de usted.

Riesgos:

No se verá expuesto sus datos personales al momento de mostrar los resultados del estudio, debido a que estos serán clasificados por medio de códigos, de tal manera salvaguardando la integridad y el anonimato del participante. (Revisar ítem “Uso futuro de información”)

Se evitará hacer preguntas que le puedan causar incomodidad al participante, en caso éstas le generen malestar, tiene la libre disposición de no contestar.



Beneficios:

Debido a que no existe mucha literatura y niveles variados de conocimientos sobre cuidados paliativos, el beneficio que obtendrá el participante es ser parte de un estudio significativo para la población de profesionales de enfermería que brinda cuidados a pacientes terminales,

Confidencialidad:

Le aseguramos que nosotras guardaremos su información con códigos y no con nombres. Sólo las investigadoras tendrán acceso a las bases de datos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

USO FUTURO DE INFORMACIÓN

Deseamos almacenar los datos recaudados en esta investigación para que sean tomados a futuro y a su vez estos se tomen a consideración el seguir determinando niveles de conocimientos sobre cuidados paliativos en otras instituciones o también para que mediante estos resultados se pueda desarrollar estrategias o programas educativos que refuercen los conocimientos sobre cuidados paliativos en un futuro en dicha institución. Para ello, se almacenará por un plazo de cinco años. Estos datos almacenados no tendrán nombres ni otro dato personal, sólo serán identificables con códigos. Si no desea que los datos recaudados en esta investigación permanezcan almacenados ni utilizados posteriormente, aún puede seguir participando del estudio. En ese caso, terminada la investigación sus datos serán eliminados. Previamente al uso de sus datos en un futuro proyecto de investigación, este proyecto contará con el permiso de un Comité Institucional de Ética en Investigación.

Autorizo a tener mis datos almacenados para un uso futuro en otras investigaciones.

SI () NO ()

Derechos del participante:

Si en caso decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a las investigadoras a cargo Jackeline Melissa Jurado Félix (██████████) y Aurora Isabel Vargas Cotarma (██████████).

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dra. Frine Samalvides Cuba, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe
Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Yo _____ acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.



APROBADO
07.02.2023

**Nombres y Apellidos
Participante**

Fecha y Hora

**Nombres y Apellidos
Testigo (si el
participante es
analfabeto)**

Fecha y Hora

**Nombres y Apellidos
Investigador**

Fecha y Hora



Anexo 3



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-R-178-16-24

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó la **RENOVACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Proyecto : "Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería del Hospital Santa Rosa, 2022"

Código SIDISI : 208935

Investigador(a) principal(es) : Vargas Cotarma, Aurora Isabel
Jurado Félix, Jackeline Melissa

Cualquier enmienda, desviaciones y/u otras eventualidades deberá ser reportada a este Comité de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador está exonerado de presentar un reporte del progreso del estudio por el período de vigencia de esta renovación y sólo alcanzará un informe final al término de éste.

La presente **RENOVACIÓN** tiene vigencia desde el **23 de abril del 2024** hasta el **22 de abril del 2025**.

Así mismo el Comité toma conocimiento del Informe Periódico de Avances del estudio de referencia. Documento recibido en fecha 16 de abril del 2024.

Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 23 de abril del 2024.



Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/or

Av. Honorio Delgado 430
San Martín de Porres
Apartado Postal 4314
319 0000 Anexo 201355
orvei.ciei@oficinas-upch.pe
cayetano.edu.pe

Comité Institucional de
Ética en Investigación

Anexo 4



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-E-177-21-24

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó de manera expedita la **ENMIENDA/MODIFICACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Protocolo : "Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería del Hospital Santa Rosa, 2023"

SIDISI : 208935

Investigadores principales : Jurado Felix, Jackeline Melissa Vargas Cotarma; Aurora Isabel

La **enmienda/modificación** corresponde al siguiente documento:

1. **Protocolo de investigación**, versión 1.2 de fecha 09 de mayo del 2024.

Lima, 15 de mayo del 2024.


Dr. Manuel Raúl Pérez Marmot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/sug

Av. Honorio Delgado 430
San Martín de Porres
Apartado Postal 4314
319 0000 Anexo 201355
orvei.ciei@oficinas-upch.pe
cayetano.edu.pe

Comité Institucional de
Ética en Investigación

Anexo 5**Cuestionario:**

<i>Universidad Peruana Cayetano Heredia</i> <i>Facultad de Enfermería</i>		N° de encuesta: _____	
CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS			
Fecha: ____ / ____ / ____		Hora de inicio:	
Servicio donde labora:		Medicina ()	Oncología ()
Sexo:		Femenino ()	Masculino ()
Años de servicio:			
Modalidad de contrato:		Nombrado ()	Cas regular ()
		Cas covid ()	Terceros ()
Curso o formación de cuidados paliativos:		Si ()	No ()
Especialidad:		Si ()	No ()
		Especificar especialidad:	
Estimado (a) profesional de enfermería, el presente Cuestionario tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Santa Rosa en el distrito de Pueblo Libre. Sus respuestas serán recepcionadas de manera confidencial. Y de antemano agradecemos su participación.			
Instrucciones			
A continuación, se les planteará una secuencia de preguntas donde usted tendrá que leer a conciencia, marcar con un aspa (X) la alternativa correcta, solo se deberá escoger una sola alternativa correcta por pregunta y no es válido dejar una incógnita sin responder.			
Dimensión: Manejo del dolor			
N°	Preguntas	Alternativas	
1	¿Qué es el dolor?	a) Síntoma desagradable, objetivo que es igual para todas las personas que lo padecen. b) Sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial. c) Es un síntoma subjetivo y tratable que no puede llegar a vulnerar distintas esferas personales como física, psicológica, social o espiritual. d) Es un síntoma común en toda persona, expresado mayormente en pacientes paliativos oncológicos que los no oncológicos.	
2	Es un tipo de dolor moderado o intenso, que aparece cuando existe un dolor crónico:	a) Dolor crónico avanzado b) Dolor profundo c) Dolor irruptivo	

		d) Dolor oncológico
3	Según su duración, el dolor puede clasificarse en:	<ul style="list-style-type: none"> a) Agudo, crónico e irruptivo b) Agudo, crónico y terminal c) Agudo y crónico d) Agudo, crónico, terminal y no terminal
4	¿Qué es el dolor agudo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Cuando su intensidad no es tan fuerte y dura muy poco tiempo. b) Cuando es producido por estímulos somáticos o viscerales de inicio brusco y duración corta menor de 3 meses. c) Cuando el paciente no demuestra muchas facciones de dolor. d) Cuando es causado por una lesión leve y su tiempo de duración mayor de 3 meses.
5	Según su fisiopatología, el dolor puede clasificarse en:	<ul style="list-style-type: none"> a) Completo, mixto, orgánico y compuesto b) Mixto, prolongado, pleural y visceral c) Sensorial, receptor, visceral y completo d) Somático, visceral, neuropático y mixto
6	¿Qué es el dolor neuropático en un paciente paliativo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Es generado por rupturas nerviosas que debilitan el sistema nervioso. b) Se desarrolla en el cerebro y causa debilidad en los pacientes paliativos. c) Es causado por la lesión o la destrucción de los nervios localizados en el sistema nervioso periférico o central. d) Es causado por la lesión indirecta de estructuras nerviosas debido a las intervenciones de emergencia.
7	¿Qué es el dolor somático?	<ul style="list-style-type: none"> a) Es un tipo de dolor producido por la excitación anormal de los nociceptores que normalmente son acompañados por síntomas neurovegetativos. b) Es producido por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales. c) Es generado por la estimulación anormal de los nociceptores y son presentados mayormente en casos de cólicos. d) Es producido por la existencia de múltiples mecanismos de dolor agudo y crónico en un paciente.
8	El dolor tipo cólico, de metástasis hepática y cáncer pancreático. ¿Qué tipo de dolor es?	<ul style="list-style-type: none"> a) Dolor crónico b) Dolor irruptivo

		<ul style="list-style-type: none"> c) Dolor somático d) Dolor visceral
9	¿Cuál de las siguientes escalas están relacionadas a la evaluación del dolor?	<ul style="list-style-type: none"> a) Escala visual analógica, escala de Barthel y escala de Glasgow. b) Escala analgésica, escala de Norton y escala de Ramsay. c) Escala numérica, escala visual analógica y escala analgésica de la OMS. d) Escala analgésica de la OMS, escala de Ramsay y escala de Riker.
10	¿Cuál es la presentación más recomendable de la escala numérica?	<ul style="list-style-type: none"> a) Del uno al diez, siendo cero la ausencia de dolor y diez el peor dolor imaginable. b) Del uno al veinte, siendo cero la ausencia de dolor, diez un dolor medio y veinte el dolor más intenso. c) Del cero al cinco, siendo uno la ausencia del dolor y cinco el peor dolor imaginable. d) Una recta numérica de 10 cm dividido del uno al diez, siendo cero la ausencia del dolor y diez mucho dolor.
11	¿Qué tipo de fármacos se encuentran en el primer nivel de la escalera analgésica de la OMS y qué tipo de dolor alivia?	<ul style="list-style-type: none"> a) Solo el paracetamol, indicado para el dolor leve. b) Solo los opioides menores, indicado para el dolor moderado. c) Los opioides mayores, indicado para el dolor intenso. d) AINES, paracetamol y/o coadyuvantes, indicados para el dolor leve.
12	¿Qué tipo de fármacos se encuentran en el segundo nivel de la escalera analgésica de la OMS y qué tipo de dolor alivia?	<ul style="list-style-type: none"> a) Opioides menores y son indicados en el dolor moderado. b) Opioides mayores y son indicados en el dolor grave. c) Analgésicos leves y son indicados en el dolor moderado. d) Analgésicos menores y son indicados en el dolor leve.
13	¿Cuáles son los efectos adversos más comunes que producen los analgésicos (opioides) en pacientes paliativos?	<ul style="list-style-type: none"> a) Estreñimiento, fiebre, fatiga y dolor muscular. b) Diarrea, náuseas, cansancio y respiración agitada. c) Estreñimiento, náuseas, vómitos y somnolencia. d) Vómitos, depresión respiratoria, fiebre y cefalea.
14	¿Qué es la neuroestimulación como tratamiento físico en el paciente paliativo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Es un procedimiento médico que consiste en bloquear la señal del dolor mediante la modulación del impulso que genera nuestro cuerpo. b) Es un procedimiento médico que permite dar señales de dolor mediante la modulación del impulso que genera nuestro cerebro. c) Es un procedimiento simple que permite evitar el dolor, no se da mediante la modulación del impulso que genera nuestro cuerpo. d) Es un procedimiento complejo que permite bajar el dolor de moderado a leve.

15	¿Cuáles son los tratamientos psicológicos para manejar el dolor en el paciente paliativo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Hipnosis, técnica del semáforo y la comunicación. b) Técnica de relajación, la comunicación y el sueño. c) Hipnosis, técnicas de relajación y terapias conductistas. d) Terapias de relajación, técnica del semáforo y la respiración.
<i>Dimensión: Control de la disnea</i>		
16	¿Qué es la disnea?	<ul style="list-style-type: none"> a) Percepción objetiva que se demuestra mediante la respiración acelerada y se caracteriza por ser un síntoma que no genera ansiedad ya sea en el paciente o en la familia. b) Percepción subjetiva que se demuestra mediante el déficit para respirar y se caracteriza por ser un síntoma que genera ansiedad al paciente y a su familia. c) Percepción subjetiva como objetiva que se demuestra mediante la falta de aire y se caracteriza por ser un síntoma que genera tos y sudor en el paciente. d) Percepción que es difícil de identificar en el paciente y se caracteriza por ser compleja de tratar.
17	¿Cuál es la prevalencia de la disnea en los pacientes paliativos?	<ul style="list-style-type: none"> a) Aproximadamente en un 60-70% de pacientes paliativos. b) Aproximadamente en un 50-75% de paciente paliativos. c) En un 80-95% de pacientes paliativos. d) En un 100% de pacientes paliativos.
18	¿Cuáles son los tipos de disnea?	<ul style="list-style-type: none"> a) Leve, moderada y grave. b) En decúbito, básica y compleja. c) De esfuerzo, en decúbito, paroxística nocturna y de reposo. d) En decúbito, de esfuerzo, compleja y de reposo.
19	Según su etiología, ¿Cómo se clasifica la disnea en los pacientes paliativos?	<ul style="list-style-type: none"> a) Momentánea y duradera. b) Por estrés y por fármacos. c) Básica y compleja. d) Reversible e irreversible
20	¿Por qué se genera la disnea reversible?	<ul style="list-style-type: none"> a) Se genera con poca regularidad, estas se producen por ansiedad, mucho cansancio, poco movimiento y por el estado del paciente. b) Se genera con relativa regularidad, estas se producen por ansiedad, angustia, estrés o por retención de secreciones. c) Se genera con mucha regularidad, estas se producen por temor, nervios, ansiedad y retención de secreciones. d) Se genera regularmente solo por la retención de secreciones.

21	¿Qué tratamiento inicial se recomienda para el paciente paliativo que presenta una obstrucción reversible del flujo aéreo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Broncodiladores b) Radioterapia c) Toracocentesis d) Corticoides
22	¿Qué tratamiento se recomienda para el paciente paliativo que presenta una obstrucción de la vía aérea por un tumor?	<ul style="list-style-type: none"> a) Quimioterapia, drenaje y corticoides. b) Drenaje, transfusión y quimioterapia. c) Radioterapia, laserterapia y corticoides. d) Laserterapia, antibióticos y drenaje.
23	¿Cuáles son los fármacos recomendados para el paciente paliativo que presenta una disnea generada por causas irreversibles?	<ul style="list-style-type: none"> a) Antibióticos, AINES, antiespasmódicos y relajantes musculares. b) AINES, morfina, antihistamínicos y relajantes musculares. c) Solo son tratados con analgésicos. d) Morfina, corticoides, benzodiazepinas y la oxigenoterapia.
24	¿Cuál es la escala que valora la disnea en los pacientes paliativos?	<ul style="list-style-type: none"> a) Escala de Ramsay b) Escala de Disnea de Borg c) Escala de Disnea de Borning d) Escala de Disnea de Bhorg
25	¿En qué consisten las medidas ambientales para tratar la disnea en el paciente paliativo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Ambiente cerrado, no colocar al paciente al lado de la ventana, no restringir las visitas y poner muchos sonidos para que se relajen los pacientes. b) Poner la música que le gusta al paciente, no colocar al paciente a la ventana, ambiente ventilado y no restringir el acceso a las visitas. c) Ambiente ventilado, colocar al paciente al lado de la ventana, el paso de visitas e implementar un ambiente tranquilo. d) Poner al paciente al lado de la ventana, ambiente ventilado, favorecer un entorno tranquilo y restringir las visitas.
<i>Dimensión: Sedación paliativa</i>		
26	¿Qué es la sedación paliativa?	<ul style="list-style-type: none"> a) Es la administración de ciertos fármacos para hacer dormir momentáneamente al paciente paliativo. b) Es la administración de ciertos fármacos que tienen la misión de reducir los niveles de conciencia del paciente paliativo. c) Se considera como la administración de fármacos solo hacer dormir al paciente. d) Procedimiento que no genera mejoras ni alivia malestares a pacientes paliativos.
27	¿Cuál es el objetivo de la sedación paliativa?	<ul style="list-style-type: none"> a) Limitar la conciencia de un paciente terminal por un corto tiempo. b) Limitar la conciencia solamente de un paciente oncológico. c) Dormir en su totalidad al paciente paliativo completamente.

		d) Limitar la consciencia de un paciente terminal con patologías oncológicas y no oncológicas.
28	Según su objetivo de la sedación, se puede clasificar en:	a) Primaria y secundaria b) Primaria y continua c) Primaria, secundaria y terciaria d) Profunda y superficial
29	Según su intensidad, la sedación se clasifica en:	a) Primaria y secundaria. b) Superficial y profunda. c) Continua e intermitente d) Continua y superficial
30	¿Qué son los síntomas refractarios?	a) Son todos aquellos síntomas que no pueden ser controlados fácilmente y que su experiencia es intolerable. b) Son todos aquellos síntomas que pueden ser controlados fácilmente y que su experiencia es tolerable. c) Son todos aquellos síntomas que no pueden ser controlados fácilmente pero que su experiencia si es medianamente tolerable. d) Son todos aquellos síntomas que pueden ser controlados difícilmente y que su experiencia es intolerable.
31	Es un requisito fundamental, que debe consignarse en la historia clínica, para el inicio de la sedación paliativa:	a) Consentimiento informado. b) Debe existir un síntoma refractario. c) Sólo el asentimiento informado. d) Solo con lo que nos dice el paciente y su familia.
32	¿Qué puntos se deben registrar en la Historia Clínica de un paciente con sedación paliativa?	a) Nivel de sufrimiento, objetivo de la sedación, método de la sedación, efectos de la sedación, tratamientos y cuidados tras la sedación. b) Situación del enfermo, objetivo de la sedación, método de la sedación, efectos de la sedación, tratamientos y cuidados tras la sedación y los resultados esperados. c) Situación del enfermo, presencia de síntomas refractarios, nivel de sufrimiento, objetivo de la sedación, método de la sedación, efectos de la sedación, tratamientos y cuidados tras la sedación y los resultados esperados. d) Situación del enfermo, presencia de síntomas refractarios, nivel de sufrimiento, objetivo de la sedación, método de la sedación, tratamientos y cuidados tras la sedación y los resultados esperados.
33	¿Cuál es el objetivo principal de la administración de fármacos (sedación paliativa) en pacientes paliativos?	a) Dormir al paciente b) Anestesiarse al paciente

		<ul style="list-style-type: none"> c) Calmar al paciente d) Reducir el sufrimiento de los pacientes
34	¿Cuáles son los fármacos más empleados en la sedación paliativa?	<ul style="list-style-type: none"> a) Midazolam, Fentanilo, Propofol y Clorpromazina b) Levomepromazina, Fentanilo, Clorpromazina y Midazolam c) Midazolam, Levomepromazina, Fenobarbital y propofol d) Propofol, Pentobarbital, Clozapina, Midazolam
35	¿Qué cuidados deben realizarse luego de haber iniciado la sedación paliativa?	<ul style="list-style-type: none"> a) Revisión esporádica del nivel de sedación y la evaluación clínica sistemática. b) Revisión constante del nivel de sedación constante y la evaluación clínica sistemática dejando en constancia en la historia clínica. c) Revisión constante del nivel de sedación, revisar la piel del paciente y es importante considerar el no colocar la evolución en las historias clínicas. d) Solo se revisa el nivel de sedación y se comunica al médico.
36	¿Qué tipo de fármacos se encuentran en el tercer nivel de la escalera analgésica de la OMS y qué tipo de dolor alivia?	<ul style="list-style-type: none"> a) Opioides menores y son indicados en el dolor moderado. b) Opioides potentes y son indicados en el dolor grave. c) Analgésicos potentes y son indicados en el dolor moderado. d) Analgésicos menores y son indicados en el dolor leve.
<i>Dimensión: Cuidados de la piel</i>		
37	¿Cuál es el objetivo del cuidado de la piel en pacientes paliativos?	<ul style="list-style-type: none"> a) Conservar la integridad de la piel del paciente paliativo para así evitar las futuras apariciones de úlceras por presión y edemas que con el paso deteriora el aspecto físico del paciente. b) Conservar la integridad de la piel del paciente paliativo. c) Conservar la integridad de la piel del paciente paliativo para prevenir solo las úlceras por presión que a un futuro da un mal aspecto al paciente. d) Conservar la integridad de la piel del paciente paliativo para así evitar solo las infecciones cutáneas.
38	¿Cuáles son los factores desencadenantes que pueden afectar el estado de la piel en los pacientes en fase terminal?	<ul style="list-style-type: none"> a) Su propia enfermedad. b) Su propia enfermedad, su tratamiento y la inmovilización, la malnutrición y la deshidratación. c) Tratamiento, alimentación e inmovilización. d) Tipo de piel y tratamiento.
39	¿Cuáles son las afecciones de la piel más comunes en los pacientes paliativos?	<ul style="list-style-type: none"> a) Urticaria y edemas. b) Alergias en la piel, edemas, fistulas, sangrado y hongos en la piel. c) Solo edemas y úlceras por presión.

		d) Prurito, linfedema, edemas, úlceras tumorales, fistulas y úlceras por presión.
40	Dependiendo de la patología y el estado del paciente ¿Cuánto es el tiempo recomendable para realizar los cambios posturales en un paciente paliativo?	a) Cada 5 horas b) Cada 3 horas c) Cada 10 minutos d) Cada 2 horas
41	¿Qué características presenta la piel de los pacientes paliativos con signos de edema?	a) Brillante, muy delgada y en ciertas ocasiones con presencia de salida de líquido que va a humedecer las sábanas o la misma piel del paciente. b) Oscuro, muy grueso y en ocasiones sin presencia de líquido lo cual evita que humedezca las sábanas o inclusive la misma piel. c) Lucido, muy grueso en ciertas ocasiones con presencia de salida de líquido que va a humedecer las sábanas o la misma piel del paciente d) Brillante, extremadamente delgado y en ocasiones sin presencia de líquido lo cual evita que humedezca las sábanas o inclusive la misma piel.
42	¿Qué cuidados se deben emplear para evitar o controlar los signos de edema en pacientes paliativos?	a) Evitar la ropa ajustada, no elevar las extremidades que han sido afectadas, evitar frotar las zonas edematosas, humectar la piel con bastante agua. b) Evitar la ropa ajustada; colocar ropa fresca al paciente; mantener elevada las extremidades afectadas por periodos de 15 a 20 minutos; no tocar o frotar las zonas edematosas; humectar la piel para evitar la resequedad. c) Usar ropa suelta, colocar ropa de algodón, mantener elevada las extremidades por periodos de 30 – 35 minutos, tocar las zonas edematosas para saber en qué condición esta, no humectar la piel. d) Usar ropa suelta, no elevar las extremidades que han sido afectadas, no tocar o frotar las zonas edematosas, humectar la piel con agua caliente.
43	¿Por qué aparecen las úlceras por presión en los pacientes paliativos?	a) El tejido blando es ceñido entre una prominencia ósea y una superficie externa por un tiempo prolongado, adicionalmente la presión que se ejerce en la piel oprime vasos sanguíneos que producen nutrientes, y cuando la piel no recibe ello se genera las UPP. b) El tejido es ceñido entre una prominencia ósea y una superficie externa por un tiempo de 3a 5 minutos, adicionalmente la presión

		<p>que se ejerce en la piel facilita a los vasos sanguíneos que producen carbohidratos, y cuando la piel no recibe ello se genera las UPP.</p> <p>c) El tejido duro es ceñido entre una prominencia una superficie externa por un tiempo, adicionalmente la presión que se ejerce en la piel oprime vasos sanguíneos que producen nutrientes.</p> <p>d) El tejido blando es ceñido entre una prominencia ósea y una superficie externa por un tiempo prolongado.0</p>
44	<p>Dependiendo de la patología y el estado del paciente ¿Qué medidas se deben tener en consideración para evitar o aliviar las úlceras por presión en pacientes paliativos?</p>	<p>a) El uso de camas y colchones especiales y verificación de todo el cuerpo del paciente.</p> <p>b) El uso de camas y colchones especiales, revisión del área de soporte para calmar la presión, la verificación si el paciente está en una correcta posición corporal y utilizar cojines o almohadas para aliviar la presión y el cambio de postura cada 2 horas.</p> <p>c) El uso de camas y colchones especiales, revisar del área de soporte para calmar la presión, no es necesario verificar constantemente la posición corporal y utilizar apoyos para aliviar la presión y el cambio de postura es cada 3 horas.</p> <p>d) El uso de camas y colchones especiales, revisión del área de soporte para calmar la presión, la verificación si el paciente está en una correcta posición corporal y utilizar cojines o almohadas para aliviar la presión y el cambio de postura cada 3 horas.</p>
45	<p>Dependiente del estado del paciente ¿En qué posición se recomienda mantener al paciente paliativo postrado?</p>	<p>a) No hay una posición correcta.</p> <p>b) Mantenerlo acostado boca arriba y no es necesario apoyar los talones con almohadillas suaves o especiales.</p> <p>c) Mantenerlo acostado de decúbito ventral con la cabeza fuera del borde de la cama y las extremidades deben estar protegidas con almohadillas o cojines anti-escaras.</p> <p>d) Mantenerlo acostado boca arriba, con sus talones alejados de la cama en donde se apoyen en pequeñas almohadillas suaves o especiales como cojines anti-escaras.</p>

Anexo 6

Validación del instrumento (Prueba Binomial):

Validez de contenido:

ITEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
2.	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	09	0.0107
3.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
4.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
5.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
6.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
7.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
8.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
9.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
10.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
11.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
12.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
13.	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	09	0.0107
14.	A	A	A	D	A	A	A	A	D	A	08	0.0547
15.	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	09	0.0107
16.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
17.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
18.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
19.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
20.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
21.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
22.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
23.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
24.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
25.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
26.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
27.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
28.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
29.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
30.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
31.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
32.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
33.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
34.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
35.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
36.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
37.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
38.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
39.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
40.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
41.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
42.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
43.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
44.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
45.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
PROMEDIO												0.0028

El valor de significancia estadística de la prueba binomial aplicada al resultado de la evaluación de juicio de expertos ($p= 0.0028$) evidencia que el incremento presenta validez de contenido ($p< 0.05$).

Validez de constructo:

ITEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
2.	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	09	0.0107
3.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
4.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
5.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
6.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
7.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
8.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
9.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
10.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
11.	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	09	0.0107
12.	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	09	0.0107
13.	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	09	0.0107
14.	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	09	0.0107
15.	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	09	0.0107
16.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
17.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
18.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
19.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
20.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
21.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
22.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
23.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
24.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
25.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
26.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
27.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
28.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
29.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
30.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
31.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
32.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
33.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
34.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
35.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
36.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
37.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
38.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
39.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
40.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
41.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
42.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
43.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
44.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
45.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
PROMEDIO												0.0022

El valor de significancia estadística de la prueba binomial aplicada al resultado de la evaluación de juicio de expertos ($p= 0.0022$) evidencia que el incremento presenta validez de constructo ($p < 0.05$).

Validez de criterio:

ITEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
2.	A	A	A	A	A	D	D	A	D	A	07	0.1719
3.	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	09	0.0107
4.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
5.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
6.	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	09	0.0107
7.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
8.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
9.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
10.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
11.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
12.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
13.	A	A	A	A	A	D	A	A	D	A	08	0.0547
14.	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	09	0.0107
15.	A	A	A	A	A	A	D	A	D	A	08	0.0547
16.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
17.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
18.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
19.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
20.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
21.	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	09	0.0107
22.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
23.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
24.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
25.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
26.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
27.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
28.	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	09	0.0107
29.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
30.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
31.	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	09	0.0107
32.	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	09	0.0107
33.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
34.	A	A	A	A	A	D	D	A	A	A	08	0.0547
35.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
36.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
37.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
38.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
39.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
40.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
41.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
42.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
43.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
44.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
45.	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	09	0.0107
PROMEDIO											0.0101	

El valor de significancia estadística de la prueba binomial aplicada al resultado de la evaluación de juicio de expertos ($p= 0.0101$) evidencia que el incremento presenta validez de criterio ($p< 0.05$).

Anexo 7

Confiabilidad del instrumento (Test de Kuder Richardson):

El estadístico Kuder Richardson (KR2=0,718), evidencia que el instrumento que mide el conocimiento sobre cuidados paliativos, de los profesionales de enfermería, resulto confiable (KR20>0,7).

$$KR20 = \frac{K}{K - 1} \times \frac{VAR - \Sigma (P1 \times Q1)}{VAR}$$

$$KR20 = \frac{45}{45 - 1} \times \frac{30,92 - 9,20}{30,92} = 0,718$$

Siendo:

P1: Proporción de éxito de cada pregunta

Q1: Proporción de incidente de cada pregunta

P1Q1: Variación de cada pregunta.

VAR: Variación de los puntajes totales.

K: Numero de ítems