

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Enfermería "Lidia Doce"

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Amarelys Rodríguez León

La Habana

2020

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Enfermería "Lidia Doce"

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería.

Autora: MSc. Amarelys Rodríguez León

Tutores: Dr. C. Roberto Garcés González. PT

Dr. C. Ricardo Izquierdo Medina. PT

La Habana

2020

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores Dr. C. Roberto Garcés González y Dr. C. Ricardo Izquierdo Medina, por aceptar la tutoría de esta investigación, a quienes respeto por su profesionalidad y compromiso con la ciencia, por sus acertados criterios, opiniones y sólidos cimientos para construir este proyecto, gracias por ayudar a cumplir mi sueño.

A mi asesora Dr. C Carilaudy Enríquez González gracias a su gran sensibilidad humana con la que me impulsaba cuando me quedaba sin fuerzas para continuar.

Al Dr. C. Ricardo Grau Ábalo (fallecido), quien a pesar de su enfermedad brindo todo su apoyo.

Al Dr. C. Jorge A Grau Ábalo, por toda su dedicación en enseñarme el verdadero concepto del Cuidado Paliativo.

Al Dr. Jesús A. Satorre Ygualada, director del Cardiocentro Ernesto “Che Guevara” y todo su equipo de trabajo, que me abrieron sus puertas.

A la Dra. María E García Enríquez, jefa del departamento de docencia y su equipo de trabajo, mis compañeros, que ayudaron a saltar obstáculos en el largo camino de este proyecto.

Al Dr. Jorge Luis Ferrer, director del Policlínico XXX Aniversario y sus trabajadores por permitir realizar esta investigación.

A la Dra. C. Nubia Blanco Balbeito, MSc. Zadys Quintana Pérez y MSc. Yippsy León Zamora, quienes me mostraron que la fe es importante, gracias por ayudarme desde mis inicios, por ser amigas, compañeras y excelentes profesionales.

A mis pacientes y familiares que confiaron en la autora y aceptaron participar en el estudio

A todos mis profesores, familiares, amigos, compañeros de doctorado que de una forma u otra colaboraron, y brindaron su apoyo cuando me falta voluntad para seguir el camino.

Mi eterna gratitud, sin ustedes no hubiera podido lograrlo. A todos muchas gracias.

DEDICATORIA

A Dios que me regalo la vida y que guía mis pasos, mi corazón y mi mente. Sin su certera conducción no podría arribar a mis metas.

A mis padres, que me acompañan en alegrías y tristezas. Mis mejores consejos, ejemplo de perseverancia y consagración.

A Ivett Lizz, mi ángel, la razón de mi vida, mi inspiración para el día a día.

A mi hermana y su familia, mis cómplices voluntarios en todos mis proyectos.

A mi esposo, por su comprensión, paciencia y su apoyo incondicional para el logro de mis metas profesionales.

SÍNTESIS

Bajo la concepción dialéctica materialista se realizó un estudio de métodos mixto de tipo secuencial explicativo, pre-experimental desde el enfoque cuantitativo y fenomenológico desde el cualitativo, en el periodo comprendido de enero 2016 a diciembre del 2019 en el área de salud que atiende el Policlínico XXX Aniversario de la Caída en Combate del Guerrillero Heroico y sus Compañeros, del municipio Remedios. Con el objetivo de diseñar una Intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica que correspondan con las exigencias de la sociedad cubana en la actualidad. El estudio caracterizó el estado actual del cuidado de Enfermería integrado a los cuidados paliativos a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica en el municipio de Remedios. La utilización de la metodología mixta permitió profundizar en los resultados para el diseño de la Intervención de Enfermería, a partir de la teoría de Virginia Henderson. Los resultados de la intervención pueden ser considerados favorables pues la misma produjo cambios significativos positivos, en satisfacción de las necesidades humanas de los pacientes según sus respuestas al integrar los cuidados paliativos a los cuidados de Enfermería.

TABLA DE CONTENIDOS	Pág.
Introducción	1
Capítulo I. REFERENTES TEÓRICOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA	11
1.1. Los cuidados paliativos: su evolución hacia un modelo de atención integral	11
1.2. Cuidados Paliativos en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica	16
1.3. Enfermería en cuidados paliativos	21
1.4 Virginia Henderson, cuidado paliativo desde una perspectiva holística.	25
Capítulo II. DIAGNÓSTICO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA INTEGRADO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA	36
2.1. Caracterización del municipio de Remedios y su sistema de Salud Pública	36
2.2. Tipo de estudio	37
2.3. Población de estudio	41
2.4. Operacionalización de las variables	42
2.5. Aspectos éticos	49
2.6. Procedimientos metodológicos y resultados de la etapa I. Diagnóstico	50
2.6.1. Primera fase. Recogida y análisis de datos cuantitativos	50
2.6.2. Recogida y análisis de datos cualitativos	66
2.6.3. Triangulación metodológica de los resultados de la caracterización inicial integrado a los cuidados paliativos de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica	69
Capítulo III. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA	72
3.1. Fundamentos de la Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica	72
3.2. Diseño de la Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica	79

3.2.1. Propuesta personalizada de Enfermería que integre los cuidados paliativos para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica	81
3.2.2. Resultados del diseño de la Intervención de Enfermería educativa y los materiales educativos	84
3.2.3. Resultados del diseño del curso de superación para el Personal de Enfermería	84
3.3. Resultados de la validación de la Intervención de Enfermería	85
3.4. Procedimientos metodológicos y resultados de la etapa III. Intervención de Enfermería	89
3.4.1. Implementación del curso de superación: Introducción a los cuidados paliativos en pacientes con ICC, en la APS	89
3.4.2. Implementación la Intervención de Enfermería educativa y las acciones personalizadas	92
3.5. Procedimientos metodológicos y resultados de la etapa IV. Evaluación	92
3.5.1. Primera fase. Recogida y análisis de datos cuantitativos	92
3.5.2. Segunda fase. Recolección y análisis de datos cualitativos y triangulación de los resultados	96
CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una de las primeras causas de muerte en todo el mundo; a pesar que, en muchos países, el cáncer la ha desplazado, pero sigue en aumento y se ha convertido en una auténtica pandemia que no respeta fronteras, edad, raza, sexo, ni nivel económico. En los últimos cinco años la enfermedad del corazón, ha sido la primera causa de muerte para ambos sexos, lo que representa el 13 % de fallecidos en las Américas. Considerada la primera o segunda causa de muerte en 30 países, con tasas de mortalidad ajustadas por edad y sexo que oscilaron entre 34 y 129 por 100 000 habitantes. ¹

En Cuba, según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), las enfermedades del corazón causan el 25 % de la mortalidad total.² La magnitud de este problema va en aumento, si se toma en consideración el incremento de la esperanza de vida al nacer de los cubanos y la disminución de la tasa de natalidad, lo que lleva a un envejecimiento progresivo de la población.

Las enfermedades del corazón ocupan la primera causa de muerte en el periodo 2015 -2019, para este último año con un total de 26 736 defunciones y una tasa bruta de 238,1 x 100 000 habitantes; la Insuficiencia Cardíaca con 2059 defunciones. En la provincia de Villa Clara las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte para un total de 1861 defunciones anuales, con una tasa bruta de 238.1 por 100 000 habitantes. ²

En etapas avanzadas de la Insuficiencia Cardíaca, la terapia medicamentosa no siempre es eficaz y el trasplante cardíaco no es una opción para todo tipo de paciente. En esas condiciones los cuidados paliativos surgen como terapia alternativa para mejorar su estado físico y calidad de vida del paciente, pero los avances en su conceptualización no están legitimados en la realidad asistencial que aún no refleja dicha evolución. Los cuidados paliativos son una opción de tratamiento a usar a todos los pacientes que los necesiten, es extensible a pacientes con procesos crónicos no oncológicos, que permite, ante situaciones de complejidad, la atención debe ser continua, experta y de alta calidad, para ello debe existir integración en el trabajo intersectorial e interdisciplinario. ³⁻⁶

En los cuidados paliativos cada disciplina contribuye desde su propio perfil; la experiencia en el trabajo colectivo y un buen nivel de comunicación a que el Personal de Enfermería se convierta, no solo en un profesional ejecutor y coordinador del cuidado, sino también en el sujeto activo que armoniza la actuación del equipo de salud en el cuidado. En consecuencia, para brindar cuidados con calidad, los profesionales que se integran en el equipo deben tener una visión clara de las posiciones o principios de este enfoque que orientan su práctica profesional, para actuar en concordancia con ellos. ^{7,8}

Los cuidados paliativos constituyen hoy un reto importante para la Salud Pública se emplean para dar solución al sufrimiento, devolver la dignidad de la persona, satisfacer las necesidades humanas y dar calidad de vida al individuo afectado por una enfermedad crónico-degenerativa o que está en una de sus fases. El sistema también se preocupa de la ayuda a familias y cuidadores como unidad fundamental para brindar el cuidado, frente al sufrimiento de seres queridos. ⁸

En la sistematización realizada a nivel internacional y nacional varios autores coinciden en el criterio de la amplia gama de enfermedades crónicas que requieren cuidados paliativos, que inicialmente se pusieron en marcha en personas con enfermedad oncológica; Figueredo Villa⁹, realizó una intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama

avanzado con la aplicación del modelo teórico de Callista Roy y de las dimensiones de calidad de vida frecuentemente afectadas; Expósito Concepción¹⁰, intervención de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los cuidadores primarios de las mujeres con cáncer de mama avanzado, aplicando la teoría de Orem; Díez Porres¹¹ en el estudio de la efectividad de un equipo de cuidados paliativos en los últimos días de vida, demuestra que los pacientes atendidos por la unidad de cuidados paliativos recibieron una asistencia de mayor calidad en los últimos días de vida, en los Servicios de Medicina Interna u Oncología.

Ríos Salas, Torres Gutiérrez¹², en la efectividad de los cuidados paliativos en cuidados intensivos refiere que estos cuidados en la unidad de cuidados intensivos son efectivos ya que proporciona beneficios al paciente y a la familia con lo que respecta a su tratamiento oportuno ante el dolor y tiene en cuenta su aspecto biopsicosocioespiritual. Medina Méndez y Ulate Arguedas¹³, en la investigación el rol de los Cuidados Paliativos en la Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Terminal refiere la inclusión de ellos en los servicios de cardiología, lejos de generar duplicidad de funciones o disconformidades al paciente y su familia, sugiere abordar áreas de atención poco atendidas,¹⁴⁻²² existe un vacío en la aplicación de los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, en la Atención Primaria de Salud.

En el municipio de Remedios, las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte, con una tasa bruta de 323.2 x 100 000 habitantes. Existen dispensarizados 2181 pacientes con Insuficiencia Cardíaca, lo que significa el 14 por ciento de su población adulta, que asciende a 15 919 habitantes. La insuficiencia cardíaca es una de las causas frecuente de consulta externa.^{23, 24}

La autora con su experiencia en la asistencia, docencia e investigación por más de 20 años en los servicios del primer y segundo nivel de atención, las investigaciones realizadas y la revisión de bibliografía de autores nacionales e internacionales relacionados con el tema, encuentra razones que justifican

realizar acciones que aborden el problema en toda su complejidad con el diseño de una Intervención de Enfermería, para el cuidado de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica en la atención primaria de salud.

Situaciones problemáticas:

- La implementación del cuidado aplicado a los cuidados paliativos en el paciente con Insuficiencia Cardíaca ofrece una pobre respuesta a las exigencias del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y la sociedad en general.
- Los estudios sobre Intervenciones de Enfermería contextualizados sobre cuidados paliativos para Licenciados en Enfermería son escasos y carentes de sistematicidad, según los requerimientos de la formación de recursos humanos de Enfermería.

Lo antes expuesto permitió plantear el siguiente problema de investigación: existe un aumento en la incidencia de pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica en Remedios que requiere la aplicación de cuidados paliativos según las necesidades biológicas, psicológicas y sociales como alternativa de tratamiento, que demandan de la Intervención de Enfermería. No se han encontrado reportes de Intervenciones de Enfermería con estos fines.

A partir de la identificación del problema de investigación, desde el enfoque cuantitativo se formula una hipótesis científica: si se desarrolla una Intervención de Enfermería para atención de Enfermería al paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica, sustentada en la teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson, se producirán cambios favorables en la satisfacción de las necesidades de los pacientes y el conocimiento del Personal de Enfermería.

Desde el enfoque cualitativo se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo contribuir a mejorar la atención de Enfermería al paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica, en el municipio de Remedios?

Se reconoce como objeto de estudio de la investigación los cuidados paliativos mientras que el campo de acción se limita al proceso de los cuidados paliativos desde una Intervención de Enfermería a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, en el municipio de Remedios.

El compromiso de la autora se revela en el Objetivo general: diseñar una Intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica que correspondan con las exigencias de la sociedad cubana en la actualidad.

Objetivos específicos:

- 1- Identificar los referentes teóricos que sustentan, los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica en el área de Enfermería.
- 2- Caracterizar el estado actual del cuidado de Enfermería integrado a los cuidados paliativos a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica en el municipio de Remedios.
- 3- Elaborar una intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica.
- 4- Valorar los resultados de la implementación de la Intervención de Enfermería con los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica.

Bajo la concepción dialéctica materialista se realizó un estudio de métodos mixto de tipo secuencial explicativo, pre-experimental desde el enfoque cuantitativo tipo pre-test, test y post-test a un solo grupo y fenomenológico desde el cualitativo, con la utilización de métodos cuantitativos y cualitativos,^{25, 26} en el periodo de enero 2016 a diciembre del 2019 en el área de salud que atiende el Policlínico XXX Aniversario de la Caída en Combate del Guerrillero Heroico y sus Compañeros, del municipio Remedios. Se utilizó para valorar los cambios que se producen en los cuidados paliativos pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, después de la implementación de la Intervención de Enfermería, se aplica nuevamente los instrumentos y desde la comparación de sus resultados, se logra realizar el preexperimento.²⁶

El estudio se estructuró en grupos poblacionales: el primero está referido a los pacientes, la población considera a los 1021 pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, dentro de ellos se usó un muestreo probabilístico aleatorio simple, donde cada miembro de la población tiene la misma posibilidad de ser incluido en el estudio, se determinó como muestra definitiva a 158 pacientes con la finalidad de utilizar la que mejor represente el universo de trabajo con los recursos de que se dispone para realizar la investigación.

El segundo está integrado por la familia, se toma una muestra de manera intencional con los criterios de inclusión de desear participar en la investigación, y que convivan con los pacientes.

El tercero, integrado por el Personal de Enfermería que labora en los consultorios del médico y la enfermera de la familia (CMF) de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica que participan en el estudio. Se cumplió con las consideraciones éticas establecidas según Declaración de Helsinki, en Fortaleza, Brasil 2013.²⁷

La aplicación de los métodos de nivel teórico permitió la sistematización de las principales ideas alrededor de la problemática que se aborda, así como la concepción de los fundamentos de la Intervención de Enfermería que se propone para contribuir a la solución al problema planteado.

Métodos de nivel teórico.

- Analítico-sintético: se emplea en el estudio de la bibliografía de carácter científico y otros documentos consultados, así como el estudio del comportamiento de cada una de las partes del problema objeto de estudio y definir los aspectos principales. Permite descomponer y estudiar cada una de las dimensiones dentro del problema de investigación y determinar su influencia, nexos, aspectos comunes y distintivos para llegar a conclusiones acerca de la necesidad de diseñar la Intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos para la atención de pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica.

- Inductivo-deductivo: se utilizan datos para corroborar la teoría y su explicación a través de su análisis particular para llegar a la generalización de rasgos comunes que permitan arribar a conclusiones de los aspectos que caracterizan el fenómeno en la práctica de los cuidados paliativos y a partir de ahí elaborar una propuesta de solución a dicho problema.
- De lo general a lo particular: para arribar a conclusiones incursiona de lo general sobre el problema de investigación, a lo particular, que es la influencia de las dimensiones en esta conducta, para volver a lo general, que es la propuesta de la estrategia en todo el proceso de investigación.
- Tránsito de lo abstracto a lo concreto: facilita la consecución de las acciones para la elaboración de la Intervención de Enfermería que asuma los cuidados paliativos para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, al delimitar un conjunto de referentes teóricos en la bibliografía, que luego resultan concretados en la propuesta para resolver el problema científico y en el análisis de los resultados obtenidos en la constatación efectuada.
- Histórico-lógico: para estudiar la trayectoria real y la lógica del fenómeno objeto de investigación en el decursar del tiempo e indagar en su esencia y tratamiento en cada etapa en sus aspectos esenciales de desarrollo, evolución y el discurso epistémico, lo que permite determinar regularidades y hacer valoraciones certeras sobre las diferentes posiciones teóricas acerca del problema.
- Sistémico-estructural: permite la organización del informe de investigación en su totalidad a partir de la determinación de sus componentes y del establecimiento de nuevas relaciones. Así como para organizar el proceso de sistematización y la construcción del resultado científico e incluir la apreciación de todo lo estudiado como un sistema que interactúa con la sociedad y en el proceso asistencial tiene como base las dimensiones de salud para la elaboración de una Intervención de Enfermería que asuma los cuidados paliativos para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, con un enfoque sistémico.

- Modelación: se utiliza con el propósito de establecer una abstracción teórica de las características, cualidades, relaciones, principios o leyes que transformen el objeto de estudio mediante una Intervención de Enfermería que asuma los cuidados paliativos para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, su funcionamiento a partir de sus componentes y contribuir a la resolución del problema científico planteado, así como la esquematización de sus componentes.

Métodos empíricos.

- Análisis de documentos: se aplicó en la revisión de historias clínicas, estudios anteriores, análisis estadísticos, entre otros, con el objetivo de analizar el seguimiento por el equipo de salud, para determinar, acciones, antecedentes, tratamientos del problema y sus resultados.
- Observación: permitió por medio de una guía, observar las acciones de Enfermería relacionadas a los cuidados, determinar las regularidades que de manera relevante inciden en el problema.
- Cuestionario a pacientes: se aplicó antes y después de realizada la intervención para caracterizar la situación psico-social, educativa, de salud y opinión de la atención del Personal de Enfermería, relacionada a los cuidados paliativos.
- Cuestionario al Personal de Enfermería: se aplicó antes y después con el objetivo de indagar sus conocimientos y modos de actuación hacia los cuidados paliativos.
- Entrevista, de tipo semiestandarizada a la familia: se aplicó antes y después con el objetivo de indagar el rol de la familia en los cuidados y el acompañamiento al paciente.
- Consulta a expertos: se empleó para validar el contenido, los criterios básicos de Moriyama, al cuestionario a pacientes y al Personal de Enfermería y el diseño de la Intervención de Enfermería, así como, los materiales educativos propuestos.

- Triangulación metodológica: para contrastar diferentes métodos y fuentes de datos de recogida de información, constituye una técnica de gran significación en la investigación por su rigor metodológico, nos aportó los problemas y potencialidades para el trabajo.

Métodos estadísticos-matemáticos: posibilitaron el procesamiento de los datos obtenidos en el diagnóstico y los resultados de la aplicación de la propuesta. Se realizó un análisis con estadísticas descriptivas e inferencial. ²⁸

Novedad científica: se aporta una Intervención de Enfermería, para abordar un problema de salud actual, desde una concepción filosófica sustentada en la teoría de Virginia Henderson apoyada en los cuidados paliativos para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, en correspondencia con las exigencias de la sociedad y las prioridades del Ministerio de Salud Pública en la atención primaria de salud.

Aporte práctico: se expresa mediante acciones con integración dialéctica al saber, saber hacer, saber ser; saber estar y saber convivir, sistematizadas, organizadas y medibles que permiten ofrecer cuidados al paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica de manera personalizada. Permite diseñar e implementar un curso de superación dirigido al Personal de Enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, en la atención primaria de salud contextualizada a la práctica de la Enfermería y la Intervención de Enfermería personalizada dirigida a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica y su familia. Esta investigación puede constituir un punto de partida para cualquier otro investigador que se plantee un estudio en similar población.

Contribución a la teoría: la integración de la teoría de Virginia Henderson apoyada en los cuidados paliativos para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica en una Intervención de Enfermería dirigida a mejorar las necesidades de los pacientes y el conocimiento del Personal de Enfermería que integra la relación con la familia, puede servir como referencia para otras investigaciones y servirá de referencia en el fortalecimiento epistemológico de la ciencia de la Enfermería.

Aportes metodológicos: consiste es un algoritmo metodológico basado en el diseño de una Intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos dirigido a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica y un curso de superación dirigido al Personal de Enfermería, con el empleo de métodos mixtos, para abordar un problema de salud actual desde una concepción filosófica sustentada en la teoría de Virginia Henderson, para dar solución a un problema de salud, es un aporte al cuidado de Enfermería, que puede servir de sustento a otras líneas de investigaciones futuras.

Aportes sociales: contribuye a la preparación, el crecimiento personal, al mejoramiento en las relaciones sociales, favorece ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible, ayudan a la familia a ocuparse de la enfermedad del paciente. La sociedad cubana actual requiere de un Personal de Enfermería preparado técnicamente y profesionalmente con valores humanistas acorde a las exigencias del desarrollo científico contemporáneo.

La memoria escrita se estructuró en introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, bibliografía consultada y anexos. En el primer capítulo se expusieron los referentes teóricos en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, el segundo muestra la metodología empleada para la evaluación del estado actual del objeto de estudio, así como el diagnóstico realizado, en el tercero se confecciona la Intervención de Enfermería y la validación en la práctica de los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, conclusiones, recomendaciones, así como la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I.

REFERENTES TEÓRICOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

La revisión de la literatura y otras fuentes de información permitió identificar los referentes teóricos significativos, a partir del análisis de los principales autores, conceptos, definiciones, enfoques y tendencias, con el objetivo de analizar las bases teórico-metodológicas y prácticas de la investigación, al mismo tiempo se concreta la posición que asume la autora ante el objeto de investigación. En tal sentido, se presentará la Teoría de Virginia Henderson como eje conductor del mismo.

1.1. Los cuidados paliativos: su evolución hacia un modelo de atención integral

El avance de las Ciencias Médicas en las últimas décadas ha provocado un aumento de las expectativas de vida humana. El progreso científico ha hecho posible curar enfermedades consideradas incurables. Las nuevas tecnologías médicas permiten prolongar la vida y diferir el momento de la muerte, pero morir no deja de ser una tragedia para la existencia humana.

Los grandes avances científicos técnicos en la Salud Pública han elevado la calidad y expectativas de vida del individuo, pero el enfrentamiento a las enfermedades crónicas y a la muerte permanece como un reto para los profesionales de la salud, la familia y la sociedad que demanda de cuidados especiales, ajustados a la condición física y humana, que generalmente son denominados cuidados paliativos. ^{7,29}

El probable origen etimológico del término paliativo es la palabra latina pallium, que significa manto o cubierta, en alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento. También se relaciona con la idea de una capa para calentar a los que pasan frío, porque ya pueden ser ayudados por la medicina curativa. Se considera que la palabra paliar procede del latín palliare, que significa mitigar y moderar el rigor. Por tanto, una acción paliativa se realiza para buscar alivio integral si no es posible ofrecerle al paciente y a sus familiares la certeza de curar.³⁰

Existe una evolución histórica de los cuidados paliativos o cuidados tipo hospice. Ellos son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad.³⁰

En la sistematización realizada por la autora a la literatura, encuentra que las sociedades primitivas realizaban cuidados paliativos basados en la mística, porque al no poder revertir los estados de salud extremos, por los escasos medios de entonces, oponían al enfermo al cuidado de sus dioses a través de rituales de transición. Robert Twycross consideraba precursores a los hospicios medievales en los finales del S. XIX, a los modernos hospice católicos de Dublín y Londres y algo más tarde, otros hospice de Londres. En los años cuarenta, en estos hospice de Londres trabajó Dame Cicely Saunders, la persona que más tarde fundó en 1967 el St. Christopher's Hospice, (Hospicio de San Cristóbal) que puede considerarse como la cuna del moderno movimiento hospice y los cuidados paliativos.^{31,32}

Originalmente su idea era utilizar esa institución como sitio para la docencia y la investigación. Según Saunders, la tradición hipocrática no recomendaba el trato con enfermos incurables porque podría suponer un desafío a una pena que los dioses habían impuesto a un mortal, eso era un motivo suficientemente fuerte para que los enfermos incurables no fueran atendidos, porque la voluntad de los dioses no era discutida y mucho menos desafiada.³³

Bajo las influencias de la cultura cristiana existen cambios. En latín el sentimiento cálido entre el anfitrión y el invitado y el lugar donde se experimenta esa relación fue designado con el nombre de hospitium. En Europa, desde el S. IV, en el período del emperador Constantino (306–337 a.e.) y tal vez estimulado por su madre, Santa Elena, aparecieron en el Imperio Romano instituciones cristianas inspiradas en los principios de la caridad evangélica, a las que se dio el nombre de hospitales y hospicios. Los primeros se establecieron en el mundo bizantino.³⁴

En Roma, el primer gran hospital fue erigido en el año 400 por Fabiola, joven cristiana discípula de San Jerónimo, para atender peregrinos que llegaban a Ostia, el puerto de Roma, desde África, Asia y el Este. Los hospicios de la Edad Media, no tenían realmente una finalidad clínica, sino caritativa. Se situaban cerca de las rutas más transitadas, como ocurrió en España, en el Camino de Santiago, el Hospital de San Marcos y el Castillo de los Caballeros Templarios en Ponferrada en León y la Abadía de Samos en Orense. En estos sitios se atendían a todos los necesitados. Se proporcionaba alojamiento y comida a los enfermos. Curar a los que fuera posible era lógicamente el primer objetivo, pero lamentablemente, muchos morían sin remedio, pero cuidados hasta su muerte, y asistidos en lo espiritual por sacerdotes.³⁵ San Bernardo en el siglo XII utilizó la palabra hospice para señalar el lugar de los peregrinos. Posteriormente, en Francia, San Vicente de Paul volcó su celo apostólico en el cuidado de los pobres al fundar dos congregaciones: los Sacerdotes de la Misión, o Lazaristas, y las Hijas de la Caridad; esta última con la ayuda de Santa Luisa de Marillac. San Vicente de Paul promovió la creación de numerosos hospicios para pobres por toda Francia. Las Hijas de la Caridad continuaron esa labor con pobres y enfermos. Su ejemplo de amor caritativo a los enfermos fue imitado por los protestantes, un siglo más tarde en Prusia surge la Fundación Kaiserwerth, que se considera como el primer hospice protestante.³⁶

,37

La primera vez que se utilizó la palabra hospice refiriéndose al cuidado de los moribundos fue en Lyon, Francia, en 1842. Allí, Jeanne Garnier a través de la Asociación de Mujeres del Calvario, creó diversos *Hospices o Calvaries* (Calvarios). En 1899, con esta misma inspiración humanitaria, la filántropa y religiosa norteamericana Anne Blunt Storrs (1837-1917), fundó el *Calvary Hospital* en Nueva York. Sin conexión con los anteriores, las Hermanas Irlandesas de la Caridad establecieron en Dublín, Irlanda, el *Our Lady's Hospice* en 1870 y en 1905, fundaron el *St. Joseph's Hospice* en Londres.³⁷

Tiempo después otros *Protestant Homes* abrieron sus puertas también en Londres para atender enfermos de tuberculosis y de cáncer. En uno de ellos, llamado *St. Luke's Home for the Dying Poor*, trabajó siete años, hasta 1948, Cicely Saunders como enfermera voluntaria. Ella, junto a la Dra. Elisabeth Kubler Ross, que fue la pionera de estos cuidados en los Estados Unidos, fueron dos profesionales claves en el surgimiento de esta ciencia.³⁸

La autora al sistematizar autores estudiosos del tema encuentra como regularidad que consideran que los cuidados paliativos se extienden más allá del alivio de los síntomas físicos: buscan integrar las diferentes dimensiones del cuidado: física, psicológica, familiar, social y espiritual, con el objetivo de facilitar al paciente de vivir tan activamente como sea posible. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan del tiempo de vida que les queden conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible al hogar, rodeados de las personas que les son gratas.^{39,40}

De ese modo se reconoce que los cuidados paliativos afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural, ni aceleran ni posponen el final, proporcionan alivio para el dolor. Otros síntomas angustiantes, integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, ofrece un medio de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan dignamente como sea posible hasta que mueran.⁴¹⁻⁴³

La autora coincide con Callaghan y Wuellner ⁴⁴, al asumir que el objetivo de los cuidados paliativos es reforzar la vida y ayudar al paciente a mantener su independencia con la mayor dignidad posible. Para lograr esto, se recomienda que el equipo de profesionales de salud a cargo de la labor reúna a personas de diferente especialización. Al trabajar como equipo multidisciplinario, ellos organizan el acceso a servicios ajustados con coherencia a las necesidades físicas, emocionales, espirituales y prácticas del paciente y su familia.⁴⁵ Los cuidados paliativos son cada vez más necesarios como recursos habituales en los diferentes programas de servicios de salud, no como suplemento, sino como elemento esencial. La autora de esta investigación coincide con el profesor argentino Guillermo Semeniuk⁴⁶, que plantea: “Los cuidados paliativos tratan de ser una respuesta y una vía entre los tratamientos agresivos o intensivos y el prolongar la vida. Esto se logra con un adecuado manejo del dolor y de todo otro síntoma molesto, como la astenia, la disnea, las náuseas, entre otros. Los cuidados paliativos permiten al paciente sentir que controla la situación y le alivian la pesadumbre y consolidan además las relaciones con los seres queridos y reaseguran el consuelo para éstos”.

Desde esa posición se considera que los cuidados paliativos deben ser integrales, pero sin desvirtuar que su contenido es esencialmente humanista. Los principios de los cuidados paliativos son adaptables al tratamiento de pacientes que padecen enfermedades progresivas y limitantes de la vida porque: “Los cuidados paliativos deben dirigirse a la satisfacción de las necesidades de todos los pacientes que requieran alivio de los síntomas, así como las necesidades de atención psicosocial y de apoyo de los pacientes y sus familias, en particular los pacientes se encuentran en fases avanzadas y tienen muy pocas probabilidades de curación o se enfrentan a la fase terminal de la enfermedad” .⁴⁷

El término implica un enfoque holístico que considera no sólo las molestias físicas, sino también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales. La necesidad de su implementación es real: no solo se refiere a promover una atención digna y humanitaria a pacientes que lo necesitan, con nuevos

conceptos sobre el trabajo en equipo, sino que es un instrumento que contribuye a la aplicación pertinente de los recursos de salud, unidos a otros de naturaleza afectiva, personalizada, con un alcance familiar y social.^{48, 49}

La autora al vincular estudios referentes a los cuidados paliativos, coincide con Getino-Canseco⁵⁰, al referir que el paciente que se mantiene internado en una institución de salud o recibe en su casa un tratamiento paliativo, no está aislado del mundo, generalmente existe una familia que se siente afectada y amistades que lo acompañan y que sufren con intensidad por todas las situaciones vivenciadas por él. La autora asume el concepto de cuidado paliativos emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define a los cuidados paliativos como: "...el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.⁵¹ Las necesidades crecientes de los pacientes, como de sus familiares son cambiantes en el tiempo. El término cuidados paliativos hace referencia a toda una filosofía cálida y humanista de atención a enfermos y familias.⁵²

1.2. Cuidados Paliativos en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica

La Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) es una afección grave y equivalente a la enfermedad maligna en términos de carga de síntomas y mortalidad. Aproximadamente el 5% de los pacientes con ICC tiene una enfermedad en fase terminal que es refractaria al tratamiento médico. Estos pacientes presentan disfunción ventricular severa, síntomas en reposo y episodios recurrentes de descompensación en periodos menores de seis meses, a pesar de la optimización del tratamiento farmacológico y con frecuencia, múltiples comorbilidades.⁵³

Es un síndrome clínico que responde a la falla en la función de bomba del corazón, definida como la incapacidad de mantener adecuadamente la circulación acorde con los requerimientos metabólicos del organismo, en reposo y esfuerzo, a pesar de condiciones de llenado adecuadas, o hacerlo, pero a expensas de la elevación de las presiones de llenado.⁵³ El síndrome ICC responde a múltiples etiologías (diferentes condiciones patológicas pueden influir o determinar su aparición) y es multiorgánico (compromete primariamente el corazón, pero también el sistema vascular periférico, renal, neurohumoral, musculo esquelético y el resto del organismo). En la mayoría de los casos es indefectiblemente progresivo y tiene mal pronóstico, dentro de este concepto de progresividad debe tenerse en cuenta la alta incidencia de muerte súbita. ⁵⁴ Las causas que originan una ICC engloban todas aquellas enfermedades del corazón que alteran el llenado o la expulsión de la sangre desde el ventrículo (o ventrículos).⁵⁴

Mecanismos principales que la producen:

- Alteración primaria de la contractibilidad: como consecuencia de una enfermedad cardíaca isquémica o de una miocardiopatía dilatada de etiología diversa, que originan un daño o pérdida de los cardiomiocitos (infarto de miocardio, reacciones autoinmunes, infecciones, daño tóxico, depósito de sustancia en cardiomiocitos o en el espacio extracelular ,alteraciones hormonales, trastornos de la alimentación, miocardiopatía genética) y/o disminución de la contractibilidad en la zona en la que los cardiomiocitos permanecen vivos .
- Sobrecarga de presión o de volumen: a consecuencia de la hipertensión arterial o de cardiopatías (valvulares y/o congénitas).
- Alteración de la diástole: secundaria a enfermedades del pericardio, a una hipertrofia del miocardio, o a una miocardiopatía restrictiva o hipertrófica.

- Taquiarritmias (más frecuentemente la fibrilación auricular) o bradiarritmias.^{54, 55}

La clasificación funcional clásica de la Insuficiencia Cardíaca se debe a la *New York Heart Association* (NYHA); el sistema de puntuación documenta la gravedad de los síntomas en un paciente cualquiera con Insuficiencia Cardíaca, puede ser usado para evaluar la respuesta al tratamiento aplicado, de estar el paciente en una etapa terapéutica. Aunque su uso es muy amplio, la puntuación de la NYHA no es fielmente reproducible de un individuo a otro ni es útil para predecir con certeza la cantidad de la limitación a la actividad física de cada paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC), es decir, la distancia de caminatas o el grado de tolerancia al ejercicio en las evaluaciones formales.⁵⁶

Clasificación sintomática de la Insuficiencia Cardíaca según la *New York Heart Association*, basada en la gravedad de los síntomas y la actividad física .⁵⁶

- | | |
|-----------|---|
| Clase I | Sin limitación de la actividad física, la actividad física ordinaria no causa disnea, fatiga, palpitaciones. |
| Clase II | Leve limitación de la actividad física, se siente cómodo en reposo, pero la actividad física ordinaria produce disnea, fatiga, palpitaciones. |
| Clase III | Marcada limitación de la actividad física, cómodo en reposo, pero una actividad menor que la ordinaria produce disnea, fatiga, palpitaciones. |
| Clase IV | Incapacidad de llevar a cabo cualquier actividad física sin sentir molestias, puede haber síntomas en reposo, si se lleva a cabo cualquier actividad física aumenta la sensación de malestar. |

La mayor parte de estos pacientes tienen una edad avanzada y, por tanto, no son susceptibles de trasplante cardíaco. Sin embargo, a pesar de ser un síndrome con alta letalidad y mal pronóstico, la falta de cuidados paliativos integrales y eficaces es claramente evidente en una serie de estudios que describen el final de la vida de los pacientes con ICC.⁵⁷

La prevalencia de síntomas molestos como la disnea, el dolor, la fatiga y edemas, y el riesgo de muerte súbita, plantean la necesidad de anticipar la toma de decisiones sobre los cuidados y preferencias sobre reanimación y terapia agresiva. Los síntomas y signos se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Síntomas y signos de la Insuficiencia Cardíaca Crónica

Síntomas	Signos
Típicos	Específicos
Disnea	Presión venosa yugular elevada
Ortopnea	Reflujo hepatoyugular
Disnea paroxística nocturna	Tercer sonido del corazón (ritmo galopante)
Fatiga o cansancio más tiempo de recuperación tras practicar ejercicio	Impulso apical desplazado lateralmente
Baja tolerancia al ejercicio	Soplo cardíaco
Inflamación de los tobillos	
Menos Típicos	Menos Específicos
Tos nocturna	Caquexia
Sibilancia	Ascitis
Confusión	Aumento de peso(>2kg/semana)
Depresión	Taquipnea
Palpitación	Edema periférico
Mareo	Hepatomegalia
Sincope	Crepitantes pulmonares
Bendopnea	Oliguria

Fuente: Silva Andino S M, Lunares Ochoa N E (2018)

La ICC puede provocar complicaciones en los pacientes como: daño o insuficiencia renal al reducir el flujo sanguíneo a los riñones, lo que con el tiempo puede provocar una insuficiencia renal si no se la trata, y puede requerir diálisis como tratamiento, problemas en las válvulas cardíacas que mantienen el flujo de sangre en la dirección adecuada en este órgano, pueden no funcionar en forma adecuada si el corazón está dilatado o si la presión en el corazón es muy alta, problemas en el ritmo cardíaco (arritmias), daño hepático por la acumulación de líquido que ejerce demasiada presión sobre el hígado, esta acumulación de líquido puede generar cicatrices, lo que dificulta el hígado funcione de manera adecuada.⁵⁸

El síndrome de ICC y la enfermedad coronaria avanzada son estados que requieren de cuidados paliativos. El paciente, debe ser tratado con el apoyo de la familia, si es posible rodeado de su ambiente natural por un equipo interdisciplinario donde el Personal de Enfermería juega un rol esencial. La enfermedad cardíaca, comparada con otros problemas de salud es la principal causa de muerte, hospitalización y pensiones laborales, es la segunda causa de incapacidades en el mundo.⁵⁹

Se ha convertido en una auténtica pandemia que no respeta fronteras, tal como ya fue enunciado por la OMS, por parte de su Comité Ejecutivo, que la considera como la mayor epidemia de la humanidad. La enfermedad cardiovascular ha alcanzado proporciones enormes y afecta cada vez más a las personas jóvenes.^{1,60}

La OMS, refiere que en los próximos años se convertirá en la mayor epidemia de la humanidad si no existe antes la posibilidad de cambiar esta tendencia mediante la concentración de esfuerzos e investigaciones sobre sus causas y su prevención; afirma que la enfermedad constituye la primera o segunda causa de muerte en 30 países desarrollados o en vías de desarrollo.¹ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) auspició una consulta regional con el propósito de identificar, sobre la

base de las mejores pruebas científicas disponibles, en criterio de costo, efectividad, valor social y equidad, las prioridades para la salud cardiovascular en las Américas.^{60, 61}

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) engloban diversos trastornos generalmente crónicos, muchos de los cuales se desarrollan de forma asintomática con el paso de los años. A pesar de que la cifra de mortalidad se ha reducido en los últimos años, se mantiene como una de las principales causas de muerte prematura en países desarrollados, donde provoca el 80 por ciento de los fallecimientos en todo el mundo⁶²; Campos-Calderón⁶³ refiere que producen un gran número de discapacidades, lo cual provoca que esta patología sea una causa de la pérdida de productividad en el individuo.

La autora considera que los cuidados paliativos están poco desarrollados en pacientes diagnosticados de ICC, enfermedad común, costosa, incapacitante y potencialmente mortal. A través del sistema de puntuación se documenta la gravedad de los síntomas y los cuidados paliativos deben comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de la enfermedad que amenaza la vida, deben basarse en las necesidades individuales de las personas y establecer de acuerdo a la situación funcional del paciente, pues será de utilidad como criterio decisivo en la elección de determinadas intervenciones y su evaluación periódica de la clase funcional permite seguir la evolución y la respuesta a pesar de ser, junto al tratamiento médico óptimo, necesarios para el adecuado control de síntomas y conseguir el máximo bienestar del paciente .

1.3. Enfermería en cuidados paliativos

La Enfermería, ciencia y arte del cuidado, ha realizado un desplazamiento progresivo de su protagonismo de la atención secundaria hacia la atención primaria de salud (APS) y de esta hacia el individuo y la comunidad.⁶⁴ Utiliza para su accionar y como método científico el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es una interacción humanista eficaz con el paciente que conduce a intervenciones efectivas en satisfacer sus necesidades crecientes; en Cuba, en las última dos décadas, se han realizado

investigaciones científicas sobre diferentes elementos del PAE y esos resultados son una importante contribución a su desarrollo profesional en el país.⁶⁵

Esos trabajos incluyen tesis doctorales, tesis de especialidad, maestrías, tesinas u otras formas de superación desde el pre y posgrado, estas investigaciones son herramientas epistemológicas que fortalecen el protagonismo del Personal de Enfermería que a través del método científico identifican situaciones de salud/enfermedad/entorno de los pacientes, la familia y la comunidad para planear las acciones del cuidado.⁶⁶⁻⁷³ La autora considera que es sumamente importante para el Personal de Enfermería adquirir la autonomía en el cuidado.

El cuidado paliativo como acercamiento holístico y multidisciplinario de apoyo al paciente y a su familia consiste en una buena práctica de Enfermería. La autora de esta investigación comparte que los cuidados paliativos pueden hacerse evidentes por muchas causas y a cualquier edad, no es privativo de la tercera edad, aunque se manifieste más en este grupo etario por sus características propias del envejecimiento y aceptar el carácter social de la Enfermería actual, no significa desconocer su comportamiento biológico, el cuidado paliativo es considerado un servicio de salud importante.

El Personal de Enfermería al brindar los cuidados paliativos está llamado a comprender que la actuación va más allá de proporcionar asistencia directa a necesidades exclusivamente físicas, se trata más bien de planificar los cuidados desde la continuidad, flexibilidad y accesibilidad. Es saber estar y saber convivir al acompañar en la vida diaria del enfermo y la familia, dar soporte desde la escucha y la sensibilidad.⁷⁴

El Personal de Enfermería es el más implicado en la atención directa de los cuidados paliativo, estos profesionales, para desarrollar esta labor, no les basta con tener una formación adecuada, porque las particularidades de esta atención demandan condiciones personales de sensibilidad, servicio, respuesta amable, capacidad de empatía y apoyo a los problemas que plantee el enfermo y la familia.⁷⁵

Desde el punto de vista profesional y ético estos profesionales adquieren un alto compromiso con la sociedad que les reconoce, tal como se plantea en el Código Deontológico del Concilio Internacional de Enfermería y uno de sus deberes fundamentales es aliviar el dolor y el sufrimiento.⁷⁶

La forma inmediata en que realizan su labor hace que se conviertan en uno de los eslabones fundamentales de la cadena de atención al paciente necesitado de cuidados paliativos, tanto a nivel primario, secundario o terciario, así como la familia.⁷⁷ Existe en el mundo una demanda creciente de la participación de Personal de Enfermería en cuidados paliativos con énfasis en la realización de un servicio de calidad. Por su humanismo, posee un alto reconocimiento social. Son los que más tiempo permanecen con los pacientes, por eso se requiere de su preparación y actualización constante para proporcionar el cuidado adecuado.⁷⁸

Al realizar un análisis histórico lógico se sigue la corriente del pensamiento de Becker y de Carvalho⁷⁹ quienes sugieren que los profesionales que brindan cuidados paliativos estén disponibles al paciente, tengan un enfoque abierto y comprometido, oigan activamente, tomen iniciativa para hablar sobre cuestiones referentes a la finitud, reconozcan sus ambivalencias y las del paciente sobre determinados temas, reevalúen continuamente las necesidades y preferencias del paciente y tengan un alto nivel de habilidades de comunicación para discutir, cuestiones emocionales y espirituales.

Para el logro de las metas comunes de los pacientes y del Personal de Enfermería, el cuidado y la reciprocidad son elementos importantes para las relaciones entre ellos en el cuidado paliativo, esas relaciones no sólo mejoran en los pacientes el estado físico y emocional, sino también facilitan su ajuste a su enfermedad, la resistencia al dolor. Esa relación positiva alimenta las cualidades personales y las habilidades que constituyen la excelencia en el cuidado de Enfermería. El Personal de Enfermería encuentra la satisfacción en la utilidad de su trabajo del que enriquece sus experiencias a través de las relaciones con sus pacientes.^{80, 81}

Rodríguez-Jiménez, Cárdenas-Jiménez, Pacheco-Arce y Ramírez-Pérez⁸² consideran que cuidar es un acto de vida porque representa una variedad de actividades dirigidas a mantener, conservar la vida, permitir la continuidad y la reproducción. Es un acto individual de reciprocidad donde se realiza una relación de ayuda que requiere identificar y atender necesidades vitales, si el autocuidado no es posible, esas necesidades son: beber, dormir, respirar, comer, eliminar, moverse, desplazarse, controlar las emociones, mantener relaciones sociales y entretenerse.

Brindar cuidados paliativos es involucrar la capacidad humanista y comprometida del Personal de Enfermería para llevar a la práctica los conocimientos, las habilidades y las actitudes propias de su profesión en función de sus pacientes. Los cuidados paliativos en Enfermería, a criterio de Orbeago y Astudillo⁸³, que comparte la autora, se realizan a través de cuatro elementos básicos: una buena comunicación, un control de los síntomas, empleo de diversas medidas para aliviar o atenuar el sufrimiento y dar apoyo a la familia.

El significado de la atención de Enfermería para la familia de pacientes que necesitan cuidados paliativos está representado por la presencia física de este Personal de Enfermería, en la realización de procedimientos técnicos y el trabajo en equipo. La relación que se establece entre el Personal de Enfermería y el paciente debe ser simétrica y se debe velar que el mayor protagonismo lo tenga el paciente.⁸⁴

Para brindar los cuidados paliativos de Enfermería se necesitan sustentos teóricos y prácticos implementados a partir del análisis de modelos y teorías precedentes que son específicos para esta disciplina y contextualizarlas según el objetivo, el diseño de estudio y su objeto, de forma que contribuya al desarrollo de la Ciencias de la Enfermería a través de la búsqueda de un nuevo conocimiento propio para esta disciplina y al perfeccionamiento de la práctica asistencial del Personal de Enfermería.⁸⁵⁻⁸⁷

Se convierte en una necesidad la comprensión y sistematización cotidiana de las experiencias del Personal de Enfermería que se encarga de cuidados paliativos. Esta práctica debe ser objeto de investigación priorizada porque las teorías y modelos propios de la profesión guían el pensamiento y la acción de la enfermera para procesar datos, evaluar los indicios y decidir la acción que hay que tomar en la práctica. El Personal de Enfermería al realizar intervenciones, debe fundamentar su desempeño en los modelos y teorías, el siguiente epígrafe estará dedicado a analizar las bases de la Teoría de Virginia Henderson que fundamentan su uso, en esta investigación desde ella puede ser enriquecida la teoría.

1.4. Virginia Henderson, cuidado paliativo desde una perspectiva holística

La investigación necesita ser sustentada a partir de modelos y teorías específicas que tributen a las Ciencias de la Enfermería según su objeto, el objetivo y el diseño del estudio, de forma que contribuya al perfeccionamiento de la práctica asistencial del Personal de Enfermería y a la búsqueda de un nuevo conocimiento propio de esta disciplina.

La autora de esta investigación, al sistematizar teorías y modelos de Enfermería, identifica otros objetivos, contenidos, métodos y medios desarrollados por estudiosos de los cuidados paliativos y de la Enfermería que guardan relación al brindar el arte de los cuidados. Asume a Virginia Henderson y considera su teoría fundamental para esta tesis, al decir que: “la única función de una enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, su recuperación o a una muerte tranquila, y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios y hacer esto de tal forma que le permita ser independiente lo antes posible”.⁸⁸

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra

Mundial. En 1918 ingresó en la *Army School of Nursing de Washington D.C*, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el *Henry Street Visiting Nurse Service* de Nueva York.⁸⁹ Su carrera docente se inicia en 1922, empieza a dar clases de enfermería en *Norfolk Protestant Hospital* de Virginia. En el *Teacher College* de la Universidad de Columbia, se licencia como profesora y en cuya estancia revisa la cuarta edición del *Principles and Practice of Nursing*, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.⁸⁹

La teoría de Virginia Henderson manifiesta que la persona es el individuo que necesita de asistencia médica para preservar su salud o, a su vez, morir. El entorno es la familia y comunidad que tiene la responsabilidad de proporcionar los cuidados. La salud es la capacidad de funcionar de forma independiente. La enfermera es la principal ayuda del enfermo, quien debe contribuir con sus conocimientos al cuidado del paciente.⁹⁰

Henderson consideraba que la Enfermería cambiaría de acuerdo a la época, además incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de Enfermería, explicó la importancia de la independencia de Enfermería. También define al miembro del equipo que puede y debe diagnosticar las necesidades y problemas del paciente, las 14 necesidades básicas de los pacientes en las que se desarrollan los cuidados de Enfermería y la relación enfermera-paciente, destaca tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Por tanto, Virginia Henderson, en su modelo, buscó la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona sana o enferma. Y para que esto sea posible se requiere que la enfermera posea conocimientos que le permitan incitar e incrementar las habilidades, destrezas y la voluntad del individuo hasta conseguir que sus requerimientos de salud puedan ser cubiertos de acuerdo a su capacidad.^{91,92}

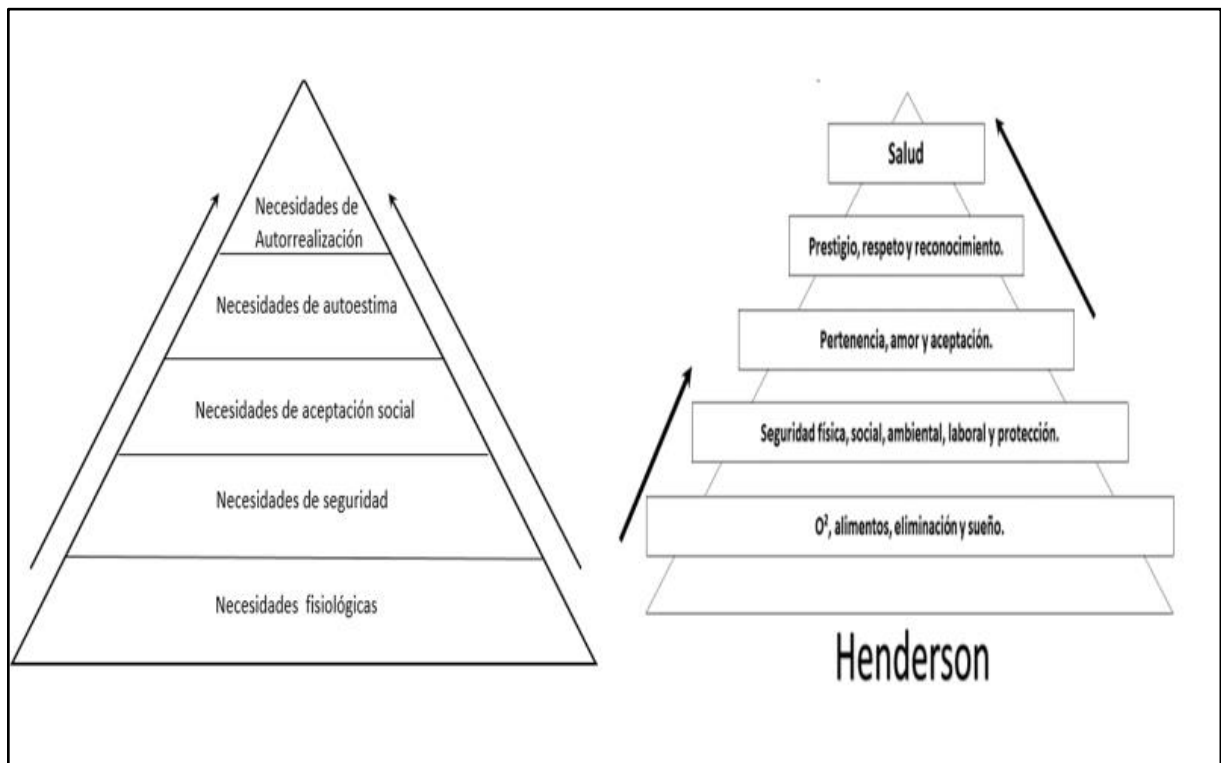
Afirmaciones teóricas

Virginia Henderson está influida por el Paradigma de la Integración, situándose dentro de la Escuela de las Necesidades. Igual que las teóricas que forman parte de esta escuela, se caracteriza por:

-utilizar teorías sobre las necesidades y del desarrollo humano para conceptualizar a la persona.

Henderson reconoce en su modelo influencias que provienen de la fisiología (Stackpole) y la psicología (Thorndike), identifica las 14 necesidades básicas, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, muy similares a las de Abraham Maslow. (Figura 1).

Figura 1. Relación de la Teoría de Virginia Henderson y Abraham Maslow.



Fuente: https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fes.slideshare.net%2FModelos09%2Fdefinicion-de-la-enfermeria-de-virgina-henderson&psig=AOvVaw2WdLPzmdOfiSu-Q4Dw8zPJ&ust=1621890365221000&source=images&cd=vfe&ved=2ahUKEwjz_kj2uDwAhU9ioQIHZmtBwQqr4kDegUIARDaAQ

-El deseo de aclarar las funciones propias de las enfermeras, al determinar en qué se diferencia su aportación de la del resto de profesionales de la salud. Henderson desarrolló su definición de Enfermería debido a su preocupación por el papel, la función y la idoneidad de la formación de las enfermeras: “La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente todo lo posible”.^{91, 92} En Henderson, la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas es un criterio importante para la Salud.

Virginia Henderson parte de una serie de Asunciones Científicas o Postulados que representan el “cómo hacer” del modelo. Afirmaciones sobre la persona, entorno, salud, o rol de la enfermera, que se aceptan como verdades:

- La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas para poder vivir.
- La persona quiere de la independencia y se esfuerza por lograrla.
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.

Henderson plantea también una serie de Asunciones Filosóficas o Valores que representan el “por qué hacer” del modelo. Son las creencias sobre la naturaleza del ser humano y la meta final de la profesión enfermera, desde la perspectiva de su autora:

- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales que igualmente brindan salud al individuo, (especificidad de la práctica enfermera).
- La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle (utilidad social de la Enfermería).^{91,92}

Por último, la autora identifica los Elementos Fundamentales del modelo, que representan el “qué hacer”, constituyen su núcleo y confieren sentido a las intervenciones de las enfermeras que comparten su concepción.

a) Objetivo de los cuidados: ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

b) Usuario del servicio: persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.

c) Papel de la enfermera: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrolla con ella la fuerza, voluntad o conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (“hacer por”).

d) Fuente de dificultad/área de dependencia: impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades. Aspectos que limitan el desarrollo de potencial. Se define como la falta de fuerza, conocimientos o voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

–Fuerza física: alude al tono muscular, capacidad psicomotriz y psicomotora (“poder hacer”). Hay falta de fuerza física cuando la persona carece de la capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para realizar las actividades requeridas.

–Fuerza psíquica: se refiere a la capacidad sensoperceptiva, intelectual, cognitiva y afectiva (“por qué” y “para qué hacer”), habrá falta de fuerza psíquica cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe llevar a cabo, no las relaciona con su situación de salud.

En ambos casos, para considerar que la falta de fuerza es el área de dependencia, es imprescindible que la persona posea un potencial capaz de ser desarrollado mediante la Intervención de Enfermería.

–Voluntad: es la intencionalidad en la recuperación, mantenimiento o aumento de la independencia (“querer hacer”). Existe falta de voluntad, la persona ha tomado una decisión y desea ponerla en práctica, pero no persiste en las conductas con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario.

-Conocimientos: alude al grado de percepción de la situación de salud y de recursos internos y externos disponibles (“saber qué hacer” y “cómo hacerlo”). Existe falta de conocimientos la persona, tiene la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora cómo utilizarlos.

e) Intervención de la enfermera.

-Centro de intervención: áreas de dependencia de la persona, es decir la falta de fuerza, voluntad y conocimientos.

-Modos de intervención: aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, voluntad o conocimientos.

f) Consecuencias de la intervención: satisfacción de las 14 necesidades básicas a través de la suplencia o ayuda.⁹⁰⁻⁹²

Conceptos básicos

a) Conceptos del metaparadigma enfermero.

Persona: un todo complejo que presenta 14 necesidades básicas (cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural). Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla.

Salud: se equipará con la independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. La satisfacción de estas necesidades, en toda su complejidad, es la que mantiene la integralidad de la persona. Requiere de fuerza, voluntad o conocimiento.

Entorno: inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud.

Enfermería: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo (“hacer con / hacer por”).

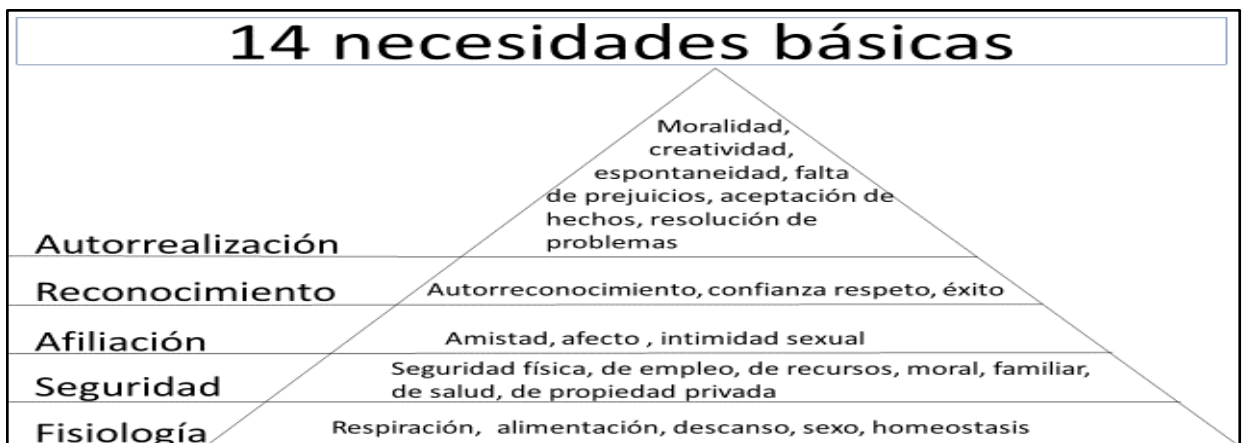
b) Conceptos específicos del modelo

Necesidades básicas: para Virginia Henderson, el concepto de necesidad no tiene significado de carencia o problema, sino de requisito. Constituye el elemento integrador, es decir, cada necesidad está implicada en las diferentes dimensiones de la persona: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual. Aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia, todas son requisitos fundamentales, indispensables para mantener la integridad.

Las necesidades básicas pueden ser:

- Universales: comunes y esenciales para todos.
- Específicas: se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona “...si se quiere ser una buena enfermera para un paciente, se debe pensar en todos los aspectos de su vida. No sé cómo puedes cuidar a una persona sin tener en cuenta que tiene varias funciones. No sé cómo se puede enseñar o escribir sobre la Enfermería a menos de que se separen esas funciones y se hable del modo en que deben tratarse. Veo continuamente a personas encorvadas en una cama que reciben los cuidados de alguien que puede que sea muy holístico, pero que no tiene en cuenta que la postura de la persona no permite que sus pulmones se expandan con normalidad...”⁹³

Figura 2. Esquema de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas.



Fuente: https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fhendersonvirginia.blogspot.com%2Fp%2Forigenes-del-modelo-conceptual.html&psig=AOvVaw2WdLPzmdOfiSu-Q4Dw8zPJ&ust=1621890365221000&source=images&cd=vfe&ved=2ahUKEwjzk_jJ2uDwAhU9ioQIHZmtBwQQR4kDegUIARC4AQ

Las 14 necesidades básicas como las formula Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuar y modificar el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Cuidados Básicos: d8erivan del concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas.

-Reflexionadas y deliberadas

-Basadas en un juicio profesional razonado

-Dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona.

En la teoría de Virginia Henderson, la independencia se define como el estado en el que la persona es capaz de satisfacer por sí misma sus necesidades, desarrollando todo su potencial de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Las manifestaciones de independencia son consideradas conductas o indicadores de conductas de las personas correctas, adecuadas o suficientes para satisfacer sus necesidades básicas. La dependencia, surge si la persona necesita a otra para que le ayude, le enseñe lo que debe hacer para satisfacer una o varias necesidades, o le supla, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad. Siempre debe existir un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera.⁹⁰

Manifestaciones de dependencia: conductas o indicadores de conducta de la persona que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

Autonomía: capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas por ella misma. Se da falta de autonomía:

a) Por su edad/etapa de desarrollo, aún no ha desarrollado sus facultades para realizar por sí misma las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas.

b) Ha perdido temporal o definitivamente, en su totalidad o parcialmente, la capacidad de realizar las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. Es el caso del enfermo que necesita ser suplido durante unos días, o la persona que, debido al envejecimiento o por un proceso patológico, requiere algún grado de suplencia y no hay posibilidad de que recupere ninguna de las pérdidas que ha sufrido.⁹²

Agente de autonomía asistida: persona (familiar, amigo, enfermera...) que, la persona carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por ella ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades básicas.

Virginia Henderson fue una enfermera que contribuyó en la investigación, estudio la profesionalización de la Enfermería, propone un modelo de atención en todos los ciclos de vida, donde otorga a la enfermera un rol complementario y suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas del ser humano, a su vez considera al individuo el centro de un sistema brindándole un papel protagónico dentro del proceso de salud/enfermedad, con el objetivo de lograr la independencia lo más rápido posible.⁹³

La autora una vez que sistematiza la teoría de Henderson, asume que el individuo necesita de cuidados de Enfermería para preservar su salud o, a su vez, morir con dignidad, la familia y la comunidad tienen la responsabilidad de facilitar esta atención con la capacidad de funcionar de forma independiente. Si no es posible ayudar al individuo, en la realización de aquellas actividades o se hacen insuficientes los cuidados de Enfermería se proponen los cuidados paliativos como alternativa que satisfaga las necesidades básicas del individuo.

Se toma como referencia la teoría de Henderson que plantea que la enfermera es la principal ayuda del enfermo, quien se propone contribuir con sus conocimientos de la fisiología y la psicología al cuidado del paciente para que la persona logre independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas. La propuesta de los cuidados de Enfermería que integre los cuidados paliativos se propone para ayudar, enseñar y brindar cuidados para satisfacer una o varias necesidades afectadas del individuo con Insuficiencia Cardíaca Crónica y logre la independencia con fuerza, conocimientos y voluntad.

Conclusiones parciales

En este capítulo se aborda el marco teórico de la investigación. El estudio de los antecedentes teóricos permitió sustentar los aspectos relacionados a los fundamentos de los cuidados paliativos, cuidados de Enfermería y la Insuficiencia Cardíaca Crónica, el análisis crítico de la teoría de Enfermería de Virginia Henderson con sus 14 necesidades básicas, su empleo como sustento para las decisiones teóricas y metodológicas en la investigación, contextualizado para el diseño de la Intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, los que serán caracterizados en el próximo capítulo.

CAPÍTULO II.

DIAGNÓSTICO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA INTEGRADO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

CAPÍTULO II. DIAGNÓSTICO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA INTEGRADO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Este capítulo tiene como propósito explicar cada una de las etapas que integran la metodología y la caracterización del estado actual de la evaluación del objeto de estudio. En el mismo se presenta una explicación de la muestra seleccionada para cumplimentar los objetivos, así como los métodos y técnicas que posibilitaron su cumplimiento. Se concluye el capítulo con la valoración de los resultados obtenidos con los instrumentos aplicados en la etapa de diagnóstico donde se constata la existencia real del problema planteado y la necesidad de desarrollar una Intervención de Enfermería sustentada en la teoría de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de Enfermería para dar solución a la problemática identificada.

2.1. Caracterización del municipio de Remedios y su sistema de Salud Pública

El municipio villaclareño de Remedios está ubicado en el centro norte de la Isla. Limita al norte con el Municipio de Caibarién, al sur con Placetas y Cabaiguán, al este con Yaguajay y al oeste con Camajuaní; tiene una extensión territorial de 589,98 kilómetros cuadrados de superficie. La población del municipio, según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONEI) alcanza la cifra de 44 5758 habitantes, de ellos 22391 corresponden al sexo masculino y la población femenina es de 22367 habitantes. ²⁴

En el municipio de Remedios, según datos de la Dirección Municipal de Salud y la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), laboran 1144 trabajadores de la Salud, de estos 416 enfermeras y enfermeros, de ellos 265 son universitarios (Licenciado en Enfermería) y 151 de nivel medio (técnico en Enfermería), hay 99 trabajadores con titulaciones de maestrías, de ellos 26 son enfermeras. En su territorio se encuentra enclavado un Hospital General Docente, una unidad de Higiene y Epidemiología, tres policlínicos, 42 consultorios del médico y la enfermera de la familia. ^{23,24}

2.2. Tipo de estudio

La investigación que se propone se realizó en el periodo de enero 2016 a diciembre del 2019 en el área de salud que atiende el Policlínico XXX Aniversario de la Caída en Combate del Guerrillero Heroico y sus Compañeros, del municipio Remedios, tiene 23 consultorios del médico y la enfermera de la familia. Se realizó un estudio de métodos mixto de tipo secuencial explicativo, pre-experimental desde el enfoque cuantitativo tipo pre-test, test y post-test a un solo grupo y fenomenológico desde el cualitativo, en cuatro etapas (diagnóstico, diseño, intervención y evaluación de la intervención).

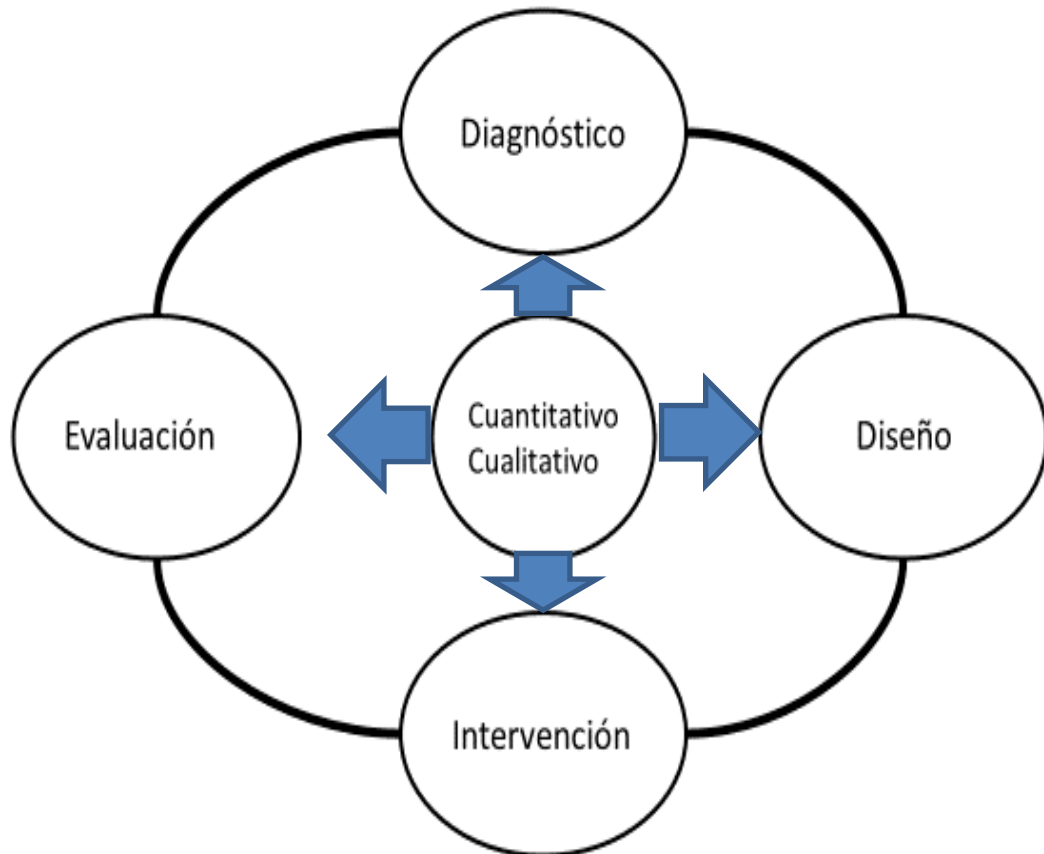
Por razones de variada naturaleza, especialmente de carácter ético, resulta difícil diseñar y evaluar intervenciones con diseños experimentales o cuasi-experimentales que incluyan grupos de control previamente seleccionados (diseños controlados), de ahí que muchos investigadores de las ciencias sociales, especialmente ante estudios comunitarios que implican intervenciones complejas y multiplicidad de variables intervinientes, recomienden diseños ex ante/ex-post, donde los sujetos son sus propios controles.

En este caso, se decide realizar evaluaciones ex-post sin asignación aleatoria de sujetos a subgrupos porque interesa trabajar con un grupo único (unidad de análisis), situación que a consideración de la autora favorece poder contrastar los datos obtenidos antes y después de la intervención. ⁹⁴ La investigación se realizó en cuatro etapas (diagnóstico, diseño, intervención y evaluación) con la aplicación

de métodos cuantitativos y cualitativos, de acuerdo a la metodología establecida por Creswell 2010. ⁹⁴

Para su mejor comprensión se muestra la figura 3.

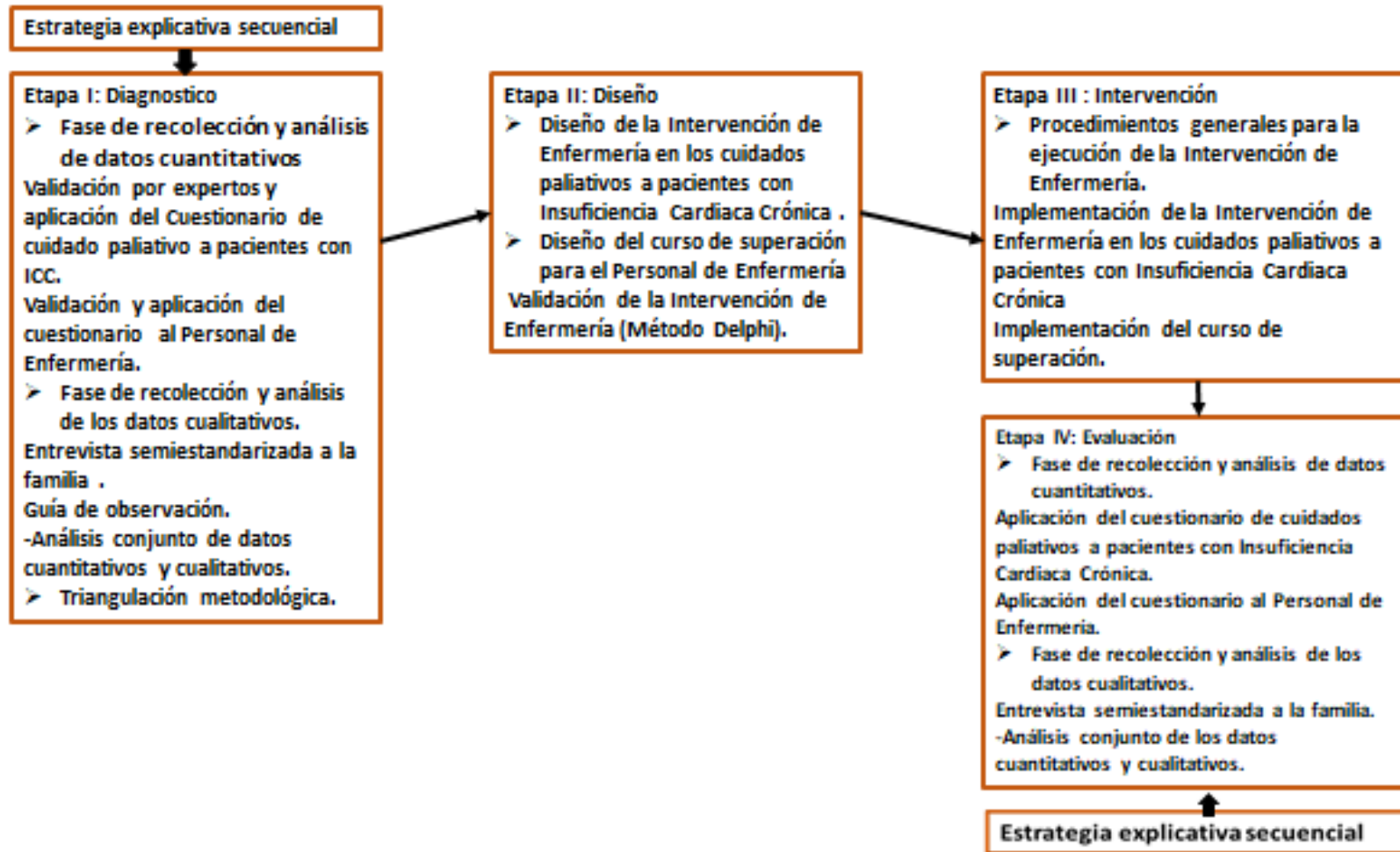
Figura 3. Estrategia explicativa secuencial Creswell J W.



Fuente. Elaboración propia.

La selección de esta metodología permitió el diseño de un esquema que representa el algoritmo de estudio comprendido en cuatro etapas, (Ver Figura 4), y tiene como sustento teórico la teoría de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de Enfermería, analizada en el primer capítulo.

Figura 4. Algoritmo metodológico de la Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica.



Fuente. Elaboración propia.

En conformidad con el esquema anterior, se sigue ese orden para la descripción a continuación, de cada etapa investigativa. Para ello se hace necesario determinar la población y muestra de estudio, la cual se presentará en el siguiente epígrafe.

2.3. Población de estudio

El estudio se estructuró en tres grupos poblacionales. El primero está referido a los pacientes, la población considera a los 1021 pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, dentro de ellos se usó un muestreo probabilístico aleatorio simple, donde cada miembro de la población tiene la misma posibilidad de ser incluido en el estudio. Se determinó como muestra definitiva a 158 pacientes con la finalidad de utilizar la que mejor represente el universo de trabajo con los recursos de que se dispone para realizar la investigación.

Criterios de conformación de la población:

- Con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca Crónica (dispensarizado)
- Con residencia en el área perteneciente al Policlínico XXX Aniversario de la Caída en Combate del Guerrillero Heroico y sus Compañeros, municipio de Remedios
- En el momento del estudio no se encuentre hospitalizado
- En condiciones intelectuales y psicofísicas para contestar el instrumento
- Que den su consentimiento para participar en el estudio.
- Pacientes residentes durante todo el período de tiempo que dure la investigación.

Cuadro 2: Cálculo muestral de la población de pacientes con ICC

Población de pacientes con ICC	Total
N (total de interés)	1021
p (porcientos aproximados a estimar)	0,5
Alfa (significación=1-confiabilidad)	0,05

t de Student	1,966
Epsilon (error del muestreo)	0,025
n (volumen crudo de la muestra)	400,0
n´ (volumen ajustado para la población finita)	338,0
t*epsilon (error de las estimaciones de los porcentos)	4,9%
Muestra definitiva	158

Se determinó como muestra definitiva a 158 pacientes. Su finalidad fue utilizar la muestra que mejor represente el universo de trabajo con los recursos de que se dispone para realizar la investigación. El segundo grupo integrado por la familia, por muestreo no probabilístico intencional,⁹⁵ con los criterios de inclusión de desear participar en la investigación y un miembro de la familia que convivan con los pacientes, se define la muestra a 158 familiares. El tercero, integrado por el Personal de Enfermería que labora en los 17 consultorios del médico y la enfermera de la familia (CMF) de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica que participan en el estudio .

2.4. Operacionalización de las variables

En la presente investigación para el análisis de los resultados se asumieron los criterios de Sampieri,⁹⁵ al referir que sin definición de las variables no hay investigación. Las variables deben ser definidas de dos formas: conceptual y operacionalmente. En consonancia con lo anterior se parte de la operacionalización de las variables, lo que facilita el establecimiento de procedimientos metodológicos para el análisis de los resultados.

La autora operacionaliza como variable de estudio “cuidado paliativo al paciente con ICC desde una visión de Enfermería” y desde la variable identificada y sus características, se derivan dos dimensiones:

Dimensión No.1. Conocimiento en cuidados paliativos: es el saber obtenido por experiencia vivida, estudios de pre o posgrado, del equipo de salud u otros medios de comunicación sobre la ICC.

Dimensión No.2. Satisfacción de las necesidades humanas de los pacientes según sus respuestas al integrar los cuidados paliativos a los cuidados de Enfermería.

Al analizar detenidamente la definición de la variable y sus dos dimensiones, se brinda una información detallada acerca de cómo se comportan éstas, lo cual se puede obtener con la determinación de indicadores que permiten hacerlas medibles. La autora coincide con Solís Solís⁹⁶ que expresa que los indicadores "... son datos operativos medibles, que expresan manifestaciones externas del objeto. Si se valoran las relaciones entre dimensiones e indicadores, se puede considerar que ambos se asocian al concepto (variable), tal vez lo más importante es que cada dimensión constituye una agrupación de indicadores". De acuerdo con lo anterior se parte de la operacionalización de las variables (Cuadro 3) lo que facilita el establecimiento de procedimientos metodológicos para el análisis de los resultados

Cuadro 3. Operacionalización de las variables en estudio.

Variable sociodemográfica			
Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de clasificación	Definición
Edad	Cuantitativa continua	(Según años cumplidos) Grupos de edad. Menos de 49 50 a 59 60 a 69	Años cumplidos por la persona desde el nacimiento hasta el momento del estudio

		70 a 79 80 a 89 90 y más	
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	-Primaria -Secundaria -Preuniversitario -Técnico Medio -Universitario	Nivel de escolaridad terminada
Vínculo laboral	Cualitativa nominal politómica	-Jubilado -Amas de casa -Técnicos -Obrero -Profesionales -Trabajadores por cuenta propia -Trabajador agrícola	Nivel ocupacional del paciente en el momento de la investigación

Estado civil	Cualitativa nominal politómica	-Casado -Viudo -Acompañado -Soltero	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes
Antecedentes familiares	Cualitativa nominal politómica	-Sí (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, asma bronquial, otros) -No -Desconoce	Antecedentes de primera línea: madre, padre o hermanos. Desconoce: no tiene conocimiento de antecedentes.

Dimensión	Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de clasificación	Definición
Fisiológica	Comorbilidad	Cualitativa nominal politómica	-SI (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, enfermedad renal, asma bronquial,	Dos o más enfermedades que ocurren en el paciente con ICC, pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. (enfermedades asociadas)

			Infarto agudo de miocardio, otras) -No	
	Intensidad de los síntomas de la ICC	Cualitativa nominal politómica	-Insoportable -Grave -Moderado -Leve	Referencia subjetiva u objetiva que da el paciente de la percepción de los síntomas que reconoce de la ICC.
	Estilos de vida de los pacientes con ICC	Cualitativa nominal politómica	-Adecuado -No adecuado (control del peso, alimentación balanceada, cumplimiento del tratamiento médico, práctica de ejercicio físico, hábito de fumar, consumo de alcohol, descanso y sueño, otros)	Conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.
Social	Creencias religiosas	Cualitativa nominal politómica	-Si -No	Ideas consideradas verdaderas por quienes profesan una determinada religión, comprende no solo las creencias religiosas, sino también la puesta en práctica de las

				mismas a través de ciertos actos especiales.
	Apoyo familiar	Cualitativa nominal politómica	-Adecuado (cuando el familiar lo acompaña en el proceso de enfermedad y le brinda satisfacción) -No adecuado	Refiere a la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros.
	Apoyo social percibido	Cualitativa nominal politómica	-Adecuado (cuando tiene un buen apoyo según el paciente de su familia, enfermera con una buena comunicación) -No adecuado	Tiene que ver con la creencia subjetiva que tiene el paciente con ICC, sobre la cantidad de ayuda que recibirá en caso de necesidad.
Psicológica	Adaptación a la enfermedad crónica (ICC)	Cualitativa nominal politómica	-Si (síntomas psicológicos: estrés, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, miedo a lo desconocido, incertidumbre ante el futuro, problemas de adaptación (hacer frente a una situación que puede cambiar por completo la vida), cambios en el humor, otras) -No	El proceso de adaptación y el impacto psicológico por los continuos cambios.

-Operacionalización de las variables del Personal de Enfermería.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de clasificación	Definición
Edad	Cuantitativa continua	(Según años cumplidos) Menos de 39 40 a 49 50 a 59	Años cumplidos por la persona desde el nacimiento hasta el momento del estudio.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico
Nivel de formación	Cualitativa nominal dicotómica	Técnico Medio Licenciado	Según titulación terminada.
Años de graduado	Cuantitativa continua	16 a 20 años 21 a 25 años Más de 25 años	Tiempo que lleva cumpliendo funciones como enfermera (o)
Años de experiencia en la APS	Cuantitativa continua	Menos de 5 años 5 a 10 años Más de 10 años	Tiempo que lleva cumpliendo funciones como enfermera (o) en la APS

Variable: Nivel de conocimiento

Tipo de variable: Cualitativa nominal politómica

Dimensión	Definición	Escala de medición
Conocimiento de los cuidados paliativos	Es la acción de haber obtenido a lo largo de su experiencia en la APS, el saber que son cuidados que ayudan a las personas con enfermedades graves a sentirse mejor al prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento.	-Aceptable (de 100 a 85 puntos) -Medianamente aceptable (de 84 a 70 puntos) -No aceptable (menos de 70 puntos)
Conocimiento en pacientes susceptibles de formar parte del programa de cuidados paliativos	Es el reconocer por experiencia del profesional los pacientes con síntomas que pueden beneficiarse del enfoque paliativo.	-Aceptable (de 100 a 85 puntos) -Medianamente aceptable (de 84 a 70 puntos) -No aceptable (menos de 70 puntos)
Conocimiento de las necesidades afectadas en los enfermos que forman parte del programa de cuidados paliativos	Es el reconocer por experiencia vivida o por el profesional de enfermería las necesidades afectadas que presenta el paciente.	-Aceptable (de 100 a 85 puntos) -Medianamente aceptable (de 84 a 70 puntos) -No aceptable (menos de 70 puntos)
Conocimiento en la participación del Personal de Enfermería de la APS en los cuidados paliativos	Representado por el número de acciones que realiza en la APS.	-Aceptable (de 100 a 85 puntos) -Medianamente aceptable (de 84 a 70 puntos) -No aceptable (menos de 70 puntos)

2.5. Aspectos éticos

La investigadora informó a las autoridades de la Dirección Municipal de Salud sobre el estudio a realizar en el municipio y a la dirección del Policlínico XXX Aniversario de la Caída en Combate del Guerrillero Heroico y sus Compañeros (Anexo 1), dando a conocer los propósitos de la Intervención de Enfermería.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética (Anexo 2) y Consejo Científico (Anexo 3) y la solicitud del consentimiento de participación y consentimiento informado de los pacientes con ICC, familiares y el Personal de Enfermería (Anexo 1), se firman previamente al inicio de la investigación.

2.6. Procedimientos metodológicos y resultados de la etapa I. Diagnóstico

De acuerdo con el análisis realizado de la teoría de Virginia Henderson, en el primer capítulo, para la Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con ICC en el estudio que se presenta, es necesario partir del diagnóstico sobre el estado de los cuidados que reciben los pacientes y el conocimiento que tiene el Personal de Enfermería acerca de los cuidados paliativos con el fin del posterior diseño de la intervención. Esta etapa se realizó desde enero del 2016 a julio del 2017 estuvo conformada por dos fases: una primera fase donde se recogen y se analizan los datos cuantitativos, se efectuó desde enero 2016 a diciembre del 2016 y una segunda fase donde se recogen, se analizan los datos cualitativos que se ejecuta desde enero del 2017 a julio del 2017; para un posterior análisis conjunto de los datos.

2.6.1. Primera fase. Recogida y análisis de datos cuantitativos

Para la confección de los cuestionarios, el primero dirigido a los pacientes con ICC encaminado a explorar el estado de los cuidados que reciben y obtener otros datos de interés para la investigación, se analizaron varias alternativas aplicadas en otros escenarios. Fundamentalmente se valoraron los resultados aplicados en el Servicio Andaluz de Salud, España en 2017⁹⁷, que cuenta con una guía ya dedicada a los pacientes con cuidados paliativos.

La autora después de analizarlo, y con el autorizo del autor (Anexo 4), consideró la necesidad de crear un nuevo cuestionario que respondiera a las necesidades de esta investigación, posibilitara conocer las características sociodemográficas de la muestra de estudio, los grupos etarios más afectados por las ICC,

los tipos de comorbilidades y los antecedentes familiares asociados a esta enfermedad, entre otros datos que son importantes para cumplir los objetivos de la investigación.

Una vez confeccionado el cuestionario a pacientes (Anexo 5) fue validado mediante una consulta a expertos vinculados a investigaciones relacionadas con el tema. Se utilizó el método Delphi, con la finalidad de garantizar que los instrumentos abordaran de forma exhaustiva el problema investigado.

A cada experto se le envió por correo electrónico un documento explicativo de los objetivos y propósitos de la investigación (Anexo 5), de su contribución y papel dentro de la misma, del grupo en que participaban, de las características del método Delphi como valoración grupal anónima y de estadística grupal. Se obtuvo de ellos el consentimiento para participar.^{98,99} En este documento, el experto evaluaba su propio nivel de competencia, además incluía otros datos generales que permitiría o no, su selección.

Una vez recibida la respuesta de los expertos se realizaron los siguientes pasos:

- a. Determinación del coeficiente de conocimiento (K_c) del experto. Este coeficiente de conocimiento se calcula sobre la base de la autoevaluación presentada en escala creciente del 1 al 10, que incluye la apreciación de su calificación científica académica, sus años de experiencia y los resultados alcanzados en su labor profesional como experto y el conocimiento general que posee sobre las temáticas a valorar.
- b. Cálculo del coeficiente de argumentación (K_a) o fundamentación, obtenido de la suma de los puntos a la respuesta del grado de influencia de las fuentes (análisis teóricos, consultas de trabajo de autores nacionales y extranjeros, su intuición basada en sus conocimientos y experiencias profesionales) que ha tenido para la excelencia en la ejecución de esta actividad.¹⁰⁰
- c. Cálculo de la competencia a nivel de codificación de cada posible panelista como experto en el problema, objeto y campo en que se investiga mediante la fórmula: $K = 1/2 (K_c + K_a)$.

Se incluyeron 29 expertos una vez que se recibió la autoevaluación inicial de los candidatos a participar en la investigación y se realizó el cálculo del coeficiente de competencias. Los expertos seleccionados

obtuvieron un coeficiente de competencias mayor de 0.8, considerado como alto y cumplieron además los criterios de inclusión y selección siguientes: ser profesionales vinculados a las investigaciones relacionadas con el tema, tener una categoría docente principal de Asistente, Auxiliar, Titular o Consultante, la categoría científica de Máster en Ciencias y/o Grado de Doctor en Ciencias y dar su disposición a participar en la investigación.

De manera que el grupo de expertos estuvo conformado por un total de 29, de ellos ocho Doctores en Ciencias: dos en Ciencias de la Enfermería, uno en Ciencias de la Salud, uno en Psicología, dos en Ciencias Pedagógicas y dos en Ciencias Médicas. Con categoría de profesor titular seis. Médicos cuatro especialistas de segundo Grado en Cardiología. El resto Licenciados en Enfermería con categoría científica de Máster en Educación Superior, Atención Primaria de Salud y en Salud Pública que a su vez tienen categoría docente de profesor Auxiliar y Asistente.

Se informó a los expertos seleccionados y se inició las rondas de la técnica Delphi (tres), caracterizada por el anonimato, la iteración con realimentación controlada, mediatizada y dirigida, las estadísticas de grupo con retroalimentación en cada ronda, en la que se presentan todas las opiniones al indicar el grado de acuerdo que se ha obtenido, y la experiencia en el tema o asunto a resolver.⁹⁹

En la primera ronda se les envió por correo electrónico el cuestionario conjunto con el formulario que contenía cuatro aspectos a valorar y se sugería, eliminar o incluir en el mismo, lo que le permitió validar el contenido del instrumento. Los aspectos a valorar fueron los siguientes: estructura del diseño general del cuestionario, la cantidad de preguntas a responder, estructura y contenido de cada pregunta y la interpretación de las mismas. Se les solicitó que cada criterio los evaluara mediante las escalas que se muestran a continuación.

Categoría Calificación

- Adecuado 2

- Poco Adecuada 1
- Inadecuada 0

La calificación final, para cada criterio inicial evaluado, osciló entre 0 y 58 puntos resultante de multiplicar 29 (número de expertos) por 2 (máxima puntuación a otorgar). La decisión para el procesamiento estadístico, atiende al límite mínimo igual a cero (0) y al límite máximo igual a cincuenta y ocho (58), una vez sumada la puntuación de los criterios dados por los expertos a los cinco (5) aspectos, se clasificaron de la siguiente forma.

Cuadro 4. Clasificación de los criterios por expertos, según puntuación

Situación	Definición de la puntuación	Conducta
Desfavorable	Menos de 40	Revisión crítica y replanteamiento
Aceptable	45-52	Requiere modificaciones
Éxito	Más de 52	No modificar

Fuente. Elaboración propia.

Los 45 puntos de la puntuación corresponden al 80% de la calificación total, 12 corresponden al 20% de la calificación total. Se tuvieron en cuenta las sugerencias aportadas por los expertos. Además, se les solicitó la valoración del contenido de cada ítems se utiliza como guía los criterios de Moriyama, el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas y adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante.^{100,101} Los criterios de Moriyama¹⁰² utilizados para la valoración fueron:

1-Razonable y comprensible: comprensión de los diferentes ítems que se evalúan en relación con el fenómeno que se pretende medir.

2-Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide: si del instrumento puede derivarse un índice que muestre diferencias en la variable que se medirá.

3-Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: si se justifica la presencia de cada uno de los ítems que se incluyen en el instrumento.

4-Con componentes claramente definidos: si cada ítems se define claramente.

5-Derivable de datos factibles de obtener: si es posible obtener la información deseada a partir de las respuestas dadas ante el instrumento.

Los expertos evaluaron cada uno de los ítems con la asignación de un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: mucho (3 puntos), suficiente (2 puntos), poco (1 punto) y nada (0 punto).

Una vez recibida la primera ronda de respuesta de los expertos, se modificaron algunos ítems a partir de los criterios emitidos, se tabularon los datos y se procesaron de forma tal, que en la siguiente ronda los participantes pudieron evaluar los resultados de la ronda anterior y valoraron nuevamente el contenido de cada ítems. Se utilizó como guía los criterios de Moriyama.¹⁰²

Se toma en cuenta las valoraciones de los expertos y las respuestas de los participantes en la prueba piloto, se modificó, ajustó y elaboró la versión final del cuestionario. Para ello se le aplicó el mismo cuestionario transcurridas cuatro semanas entre la primera y la segunda aplicación a las mismas personas que se les aplicó en la primera ocasión, estas personas no forman parte de la muestra de la investigación final.

Resultados obtenidos

Primera ronda

Tres de los cuatro aspectos evaluados del cuestionario (estructura del diseño general del cuestionario, la estructura y contenido de cada pregunta y la interpretación de las mismas) obtuvieron la calificación con éxito (2 puntos) por los 29 expertos (100%), por lo que no requirió modificaciones. El aspecto relacionado con la cantidad de preguntas obtuvo la puntuación de adecuada (2 puntos) por 20 expertos

y poco adecuada (1 punto) por nueve expertos, para un total de 49 puntos, por lo que para esta categoría tenía una situación aceptable, pero requería modificaciones, por lo que se tuvo que hacer una revisión crítica y un replanteamiento del total de preguntas en el cuestionario. En la segunda ocasión que se le solicitó el criterio a los expertos, evaluaron como adecuada la cantidad de preguntas, es decir, que en la segunda consulta de expertos calificó en una situación de éxito el cuestionario con 58 puntos cada aspecto evaluado.

Segunda ronda

El instrumento con 16 ítems, de acuerdo al contexto y sugerencias de los expertos quedó constituido por 38 ítems, que sugirieron mejorar el diseño y ordenamiento de algunas preguntas. La opción que se les dio a los expertos de: sugerir, modificar, eliminar o incluir en el cuestionario, permitió modificar el uso de términos y mejorar la formulación de algunos ítems, lo que contribuyó a una mayor claridad en la redacción. Además, se eliminó una pregunta del cuestionario ya que su contenido estaba incluido en otra pregunta.

El análisis de estos resultados permitió estimar que la formulación de los ítems era razonable, se encontraban claramente definidos, se justifica la presencia de cada uno en el cuestionario y es posible obtener la información deseada a partir de las respuestas dadas en cada pregunta. A continuación, se muestran los resultados obtenidos para cada categoría.

- Razonable y comprensibles: el 97,8% de los ítems alcanzaron puntuaciones por encima del 70 %.
- Sensible a variaciones: ningún ítems obtuvo calificación superior al 70%, al ser un 92% de estos calificados suficientes.
- Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: el 95 % de los ítems alcanzaron puntuaciones por encima del 70 %.

- Con componentes claramente definidos: el 98% de los ítems alcanzaron puntuaciones por encima del 70 %.
- Derivable de datos factibles de obtener: el 96 % de los ítems alcanzaron puntuaciones por encima del 70 %.

Tercera ronda

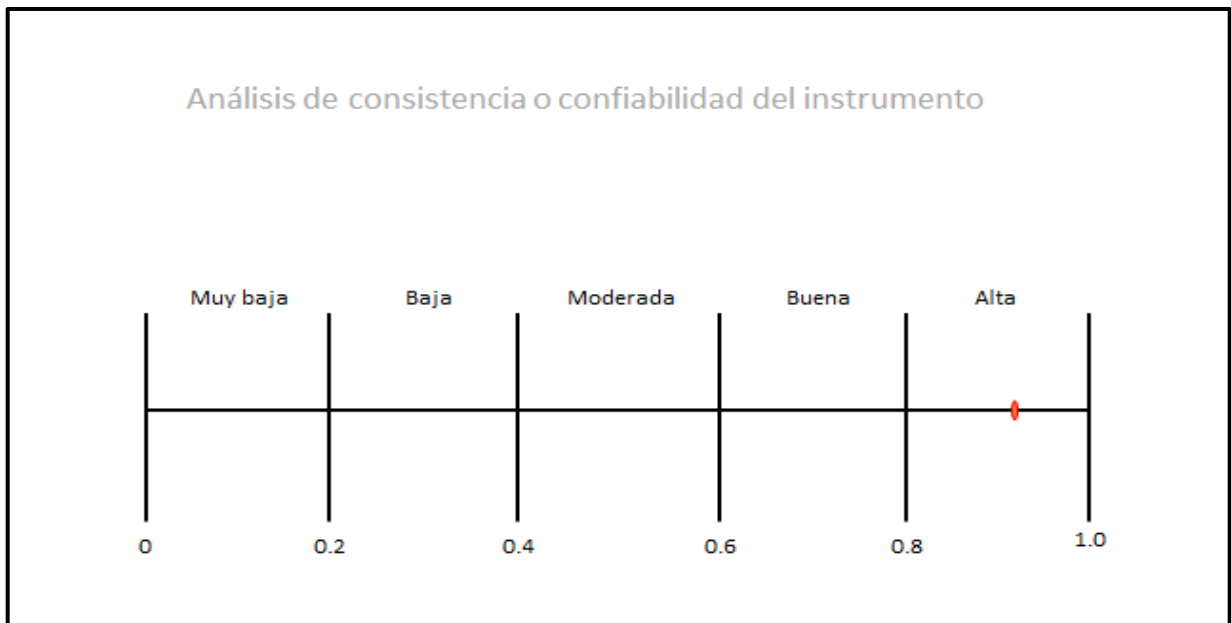
El 100 % de los expertos estuvieron de acuerdo con la redacción final de cada uno de los ítems y así se logró un consenso de opiniones. El cuestionario de validación fue sometido a una prueba piloto en un grupo de pacientes con enfermedades del corazón, no crónicas, para detectar problemas de aplicación del cuestionario, comprobar la comprensión de las preguntas y el funcionamiento del instrumento en relación al lenguaje o redacción de los ítems y la facilidad de interpretación de cada ítems.

La validación de la consistencia interna del cuestionario se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach¹⁰³, que permitió comprobar el contexto interno de cada ítems. Se consideró que el test era adecuado, cuando el valor de alfa fuera igual o superior a 0,7 y la evaluación de la confiabilidad propiamente dicha o estabilidad del instrumento en el tiempo se evaluó y utilizó el método del test-retest.

Cuadro 5. Consistencia interna por Alfa de Cronbach del instrumento.

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,933	0,930	38

Cuadro 6. Análisis de consistencia o confiabilidad del instrumento.



El segundo cuestionario dirigido al Personal de Enfermería (Anexo 5) fue diseñado y validado por la autora con el objetivo de identificar los conocimientos sobre los cuidados paliativos a pacientes de la comunidad. El proceso de validación de contenido se realizó por criterios de doce expertos, que recibieron la autoevaluación inicial de los candidatos a participar en la investigación y se realizó el cálculo del coeficiente de competencias (Anexo 5).

Los expertos seleccionados obtuvieron un coeficiente de competencias mayor de 0.8, considerado como alto y cumplieron además los criterios de inclusión y selección siguiente: ser profesionales vinculados a las investigaciones relacionadas con el tema, tener una categoría docente principal de Asistente, Auxiliar, Titular o Consultante, la categoría científica de Máster en Ciencias y/o grado de Doctor en Ciencias y dar su disposición a participar en la investigación.

De manera que el grupo de expertos estuvo conformado por un total de 12, de ellos ocho Doctores en Ciencias: dos en Ciencias de la Enfermería, uno en Ciencias de la Salud, uno en Psicología, dos en Ciencias Pedagógicas y dos en Ciencias Médicas. Con categoría de profesor Titular seis y cuatro

Licenciados en Enfermería con categoría científica de Máster en Educación Superior, Atención Primaria de Salud y en Salud Pública que a su vez tienen categoría docente de profesor Auxiliar y Asistente.

Se les envió la escala cualitativa de insuficiente (2 puntos), suficiente (3 puntos), bien (4 puntos) y muy bien (5 puntos), por las respuestas, según los criterios evaluativos. El puntaje final, se obtiene de la suma de todos los acápites dividido por cinco y permite ubicarlos en la siguiente escala: insuficiente (menos de 3), suficiente (de 3-3.9), bien (de 4-4.5), muy bien (de 4.5-5).

Los expertos expresaron su valoración según criterios de Moriyama¹⁰² con cinco opciones de marcado, esta se procesó por la metodología PROCESA-CE de Crespo Borges¹⁰⁴ y se obtuvo un coeficiente de concordancia. Se utilizó un índice por indicadores que se obtiene de dividir la suma de los valores correspondientes a las valoraciones dadas por los expertos entre el máximo valor posible a alcanzar (60 en este caso dado que al tener 12 expertos y ser 5 el valor asignado al mayor valor de escala se tiene: $12 \times 5 = 60$) este indicador tiene la ventaja de dar siempre un valor entre cero y uno y por tanto fácil de representar y visualizar como indicador de la valoración dada por los expertos.¹⁰⁵

El instrumento diseñado fue aplicado al Personal de Enfermería (17), que labora en los consultorios del médico y la enfermera de la familia (CMF) de los pacientes con ICC, del Policlínico XXX Aniversario de la Caída en Combate del Guerrillero Heroico y sus Compañeros, del municipio Remedios, provincia Villa Clara.

La validación de contenido del cuestionario a través de los criterios de Moriyama, expresado por los expertos en el formato de validación correspondiente, se procesó estadísticamente. La evaluación de la confiabilidad se realizó a través del cálculo del alfa de Cronbach y las valoraciones de los expertos respecto a la propuesta mostraron un coeficiente de concordancia de 0,87 (Cuadro 7).

Cuadro 7. Nivel de concordancia de los expertos.

COEFICIENTE DE CONCORDANCIA

0,87
Se rechaza la hipótesis nula (H0) de que no existe comunidad de preferencia entre los expertos para un nivel de significación de 0,01
Se rechaza la hipótesis nula (H0) de que no existe comunidad de preferencia entre los expertos para un nivel de significación de 0,05

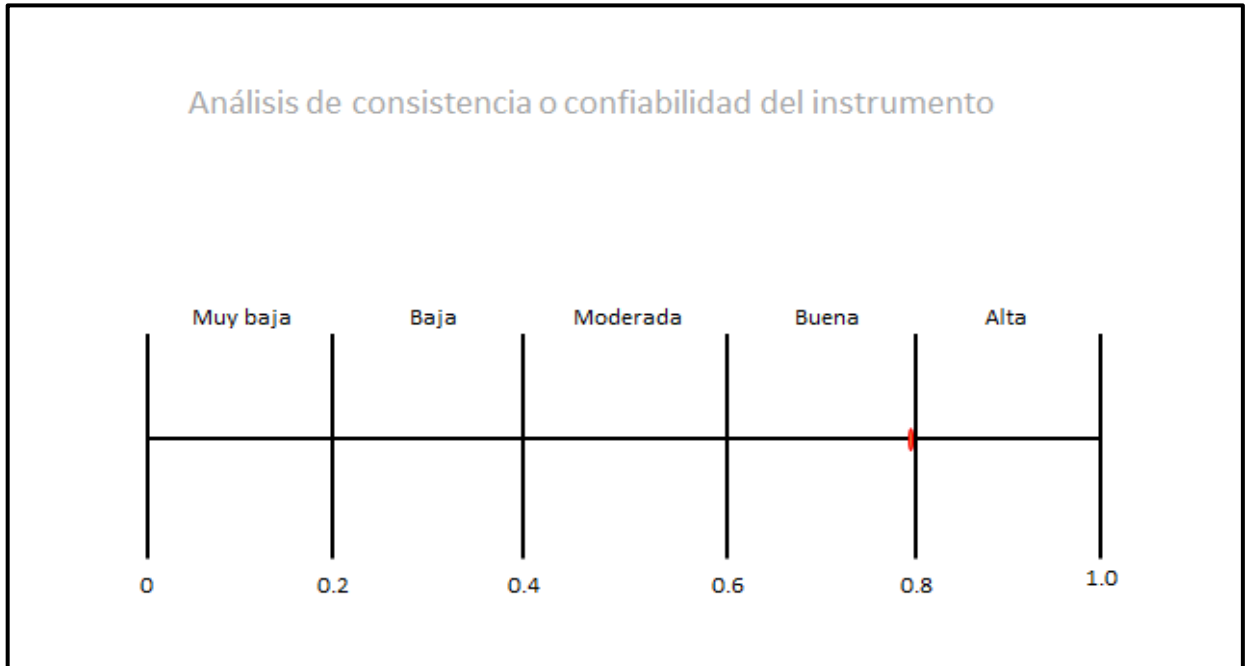
Estas valoraciones facilitaron la identificación de las fortalezas del cuestionario en el diseño de su estructura general, en la interrelación con los temas, lo que proporcionó considerarlo como factible para el curso de superación. Los índices de los indicadores, que se corresponde con las valoraciones de cinco, variaron entre 0,93 y 1. La mayoría de los indicadores tienen una alta valoración (1), pero los indicadores 2 y 3 tuvieron los más bajos valores relativos; al respecto los expertos sugirieron mejorar la estructura de algunas preguntas y el orden, para su mejor comprensión, lo que se tuvo en cuenta y redundó en mayor claridad.

Como acuerdo general sobre los temas evaluados como propuestas; estos quedaron establecidos como: cuidados paliativos, pacientes susceptibles de formar parte del programa de cuidados paliativos, bases de los cuidados paliativos, necesidades afectadas en los enfermos que forman parte del programa de cuidados paliativos, participación del Personal de Enfermería de atención primaria de salud en los cuidados paliativos. Los expertos expresaron que la evaluación de los temas está en coherencia con los contenidos y objetivos que se integran en el curso.

De los cinco contenidos con evaluación, los promedios más altos correspondieron a: pacientes susceptibles de formar parte del programa de cuidados paliativos y participación del Personal de Enfermería de la atención primaria de salud en los cuidados paliativos. Se correlacionó cada ítems con el puntaje total alcanzado y las cifras obtenidas oscilaron entre 0,58 y 0,93, los resultados observados

demonstraron homogeneidad en el cuestionario la confiabilidad interna se verificó a través del índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para esta muestra que fue de 0,79.

Cuadro 8. Análisis de consistencia o confiabilidad del instrumento.



La recolección de datos se realizó en horarios de la mañana, por la autora. Los datos obtenidos, se incorporaron a la base de datos automatizada se utilizó el paquete informático Microsoft Office (Microsoft Excel) soportado sobre Windows y se procesaron en el programa estadístico (SPSS) versión 24.0, con el cual se generaron estadísticas descriptivas con la confección de tablas en los que se expresaron los valores de los atributos de la variable en frecuencias absoluta y relativa.

Para el diagnóstico de necesidades, se realizó la caracterización sociodemográfica, la identificación de sus necesidades, así como la determinación de las dimensiones afectadas. Para mejor comprensión del análisis de los datos y en correspondencia con el tipo de estudio utilizado, se presentan los resultados cuantitativos por cada dimensión objeto de investigación.

El 49.36 % de los pacientes se encuentran en el grupo de edades de 70 a 79 años, (Anexo 6, Tabla 1) población perteneciente a la tercera edad coincide con otros estudios, el mayor por ciento son los

pacientes mayores de 70 años.^{106,107} Según Berreta¹⁰⁸ existe una incidencia cercana a 10 cada 1000 personas por año en el grupo etario de 65 a 69 años, al incrementarse cuatro veces en mayores de 80 años y no hay tendencia a que esto cambie en los años venideros. De esta manera, el grupo de edades más representativo de la muestra estuvo constituido por las edades de 70 a 79 años, seguido de una representación del 27.21 % en las edades de 60 a 69 años; los mayores de 90 años representaron 3.79 %. Desde el punto de vista del género, se observa que predominó el femenino (53.79%) (Anexo 6, Tabla 1), similares resultados se han encontrado en numerosos estudios; según Saldarriaga¹⁰⁹, es muy frecuente en la mujer y, de hecho, la mayor parte de los pacientes con ICC en la población general son mujeres, particularmente mujeres de edad avanzada. La Sociedad Argentina de Cardiología describe que es una enfermedad de los ancianos que afecta a una proporción de sexo femenino del 39%.¹¹⁰

El 27.21% de los pacientes tiene nivel equivalente al técnico medio como se muestra (Anexo 6, Tabla 1), estos resultados están dados por el nivel escolar alcanzado en el país, a la vez que favorece el desarrollo de la intervención al facilitar la comprensión de los instrumentos, así como la adquisición de conocimientos y habilidades durante la Intervención de Enfermería. Se puede identificar como una limitante para la comparación de los resultados con otras investigaciones en diferentes contextos, donde la muestra de estudio incluye personas con niveles escolares más bajos.^{111, 112}

Debido al envejecimiento, el estado civil que predominó fueron las personas viudas con el 30.37 % y la ocupación que marcó la diferencia mayoritaria fue la jubilación con el 45.56% (Anexo 6 ,Tabla 1).El 97.46 % de los pacientes manifiestan creencias religiosas, estos resultados pueden estar vinculados a la edad de los pacientes, coinciden con autores que reflejan que en los Estados Unidos, más del 90% de los adultos mayores se considera a sí mismo religioso o espiritual y entre el 6 y el 10% son ateos. Los pacientes con Insuficiencia Cardíaca viven con miedo, las preocupaciones espirituales surgen a partir de

la pérdida de significado y propósito en la vida, así como un sentido de incertidumbre por lo que sucederá en el futuro.¹¹³⁻¹¹⁵

Los 158 pacientes con ICC presentan más de cinco enfermedades asociadas (Anexo 7, Gráfico 1) predomino la hipertensión arterial representada con el 100% y cardiopatía isquémica con el 77 %. El estudio coincide con otras investigaciones donde varios autores demuestran que los adultos con ICC tienen cinco o más enfermedades crónicas asociadas, porcentaje que se incrementó dramáticamente en las dos últimas décadas, ¹¹⁶⁻¹¹⁸ todas estas dificultades se traducen, como declara la Sección de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología, en una necesidad mayor de cuidados paliativos. Algo que, como destacan los propios cardiólogos, constituye uno de los puntos menos preparados.¹¹⁹

Otro elemento es de naturaleza familiar, en la literatura científica consultada, algunos autores aconsejan tener en cuenta los antecedentes familiares (Anexo 7, Gráfico 2), donde se pueden encontrar referencias que ayuden a comprender el estado y naturaleza de la enfermedad, en la propia historia de vida del paciente y de su entorno familiar.¹²⁰ El estudio realizado muestra que el 100% de los pacientes con ICC, posee antecedentes familiares, de cardiopatías isquémicas.

Los pacientes refieren en relación a la percepción del apoyo social (Anexo 6, Tabla 2), que el 78.48 % relata no tener una adecuada atención familiar y un 85.44 % manifestó ser no adecuada la comunicación, se coincide con Grau Abalo^{121, 122,} entre las consecuencias de las enfermedades crónicas no trasmisibles se hallan muchas de naturaleza psicosocial. Las amenazas a la integridad del individuo, generan incertidumbre y emociones negativas, hacen modificar sus hábitos y costumbres, interfieren en su vida normal, fomentan dependencia, causan miedos, aislamiento, pérdida de amistades, causan una agotadora lucha emocional para conservar la autoidentidad. Según Virginia Henderson cuando la persona

tiene afectada la comunicación, es importante que se mantenga en interacción social con los demás para garantizar la salud mental.

Las personas con enfermedad crónica perciben carga por la enfermedad principalmente en lo relacionado a la adaptación que esta genera, al hecho del diagnóstico, le trae al paciente sentimientos de depresión, ansiedad, estrés que representa el 96.20 % de los síntomas psicológicos, (Anexo 6, Tabla 3), Alarcón Rodríguez A, Carreño Moreno S, Arias Rojas M ¹²³ detallan que existe una asociación entre la adaptación a la enfermedad con variables sociodemográficas como sexo, la edad, el tiempo con la enfermedad y las horas de cuidado, otros autores refieren la depresión como los trastornos de ansiedad que están asociados con el desarrollo y la progresión de la Insuficiencia Cardíaca.¹²⁴⁻¹²⁷

Esta afectación es un complejo problema que se origina de un desorden estructural o funcional y deteriora la capacidad de llenado o expulsión ventricular de la sangre. Se caracteriza a su vez, por la presencia de síntomas cardinales, como la disnea, fatiga y retención de líquido, que en los pacientes estudiados refieren el mayor % en la intensidad percibidos por ellos de una forma insoportable, el 63.29 % edemas, 58.86 5% debilidad y fatiga, seguidos del 51.26 % por la tos, las sudoraciones y dolor precordial en el 48.73% (Anexo 6, Tabla 4) ; el estudio coincide con varios autores que demuestran los síntomas más comunes de la ICC son: dolor, disnea, cansancio y depresión, el estado de salud referido por el paciente que típicamente incorpora la carga sintomática e incluye los síntomas, el estado funcional y la aptitud de vida relacionada con la salud, es una medida importante de la salud cardiovascular.^{128,129} .

El 99.36 % de los pacientes no consume una alimentación balanceada, el 91.72 % no cumple estrictamente con el tratamiento médico y el 100% de pacientes no tiene una práctica sistemática del ejercicio físico. Lo que pudiera influir que el 98.73% no tiene un adecuado control del peso (Anexo 6, Tabla 5). Similares resultados se han encontrado en numerosos estudios que hacen referencias a las recomendaciones sobre dieta, ejercicio y otros hábitos puede ayudar a aliviar los síntomas de ICC,

enlentecer la progresión de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y a menudo, pueden llevar una vida casi normal como resultado.¹³⁰⁻¹³³

La autora hace una valoración de las 14 necesidades básicas descritas por Virginia Henderson plantea que los pacientes con ICC tienen afectadas las necesidades, tales como el respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar por todas las vías corporales, moverse y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, comunicarse con los demás, expresar emociones, necesidades, temores u opiniones, además de mantener manifestaciones de dependencia pues necesita a otra para que le ayude, le enseñe lo que debe hacer para satisfacer una o varias necesidades, o le supla, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

Questionario al Personal de Enfermería

Con el objetivo de identificar los conocimientos se tiene en cuenta la concepción filosófica sustentada en la teoría de Virginia Henderson apoyada en los cuidados paliativos para pacientes con ICC, mediante un conjunto de preguntas cerradas y mixtas. El instrumento permite la obtención de datos clasificados en dos enunciados, ellos son: caracterización de la población de estudio y datos relacionados con la valoración del cuidado paliativo y las necesidades afectadas en los enfermos que forman parte del programa de cuidados paliativos; el mismo fue aplicado en el propio turno de trabajo y en horario seleccionado por la investigadora para que no influenciara su accionar con los pacientes.

Los resultados obtenidos del instrumento aplicado, demuestran en el Anexo 8, Tabla 7, según la distribución de las variables de caracterización, el 58.82 % del Personal de Enfermería que participa en la investigación se encuentra en el grupo de edades de 40 a 49 años, el 100% pertenecen al sexo femenino, 13 son Licenciadas en Enfermería lo que representa el 76.47 %, con más de 10 años de experiencia en la APS y el 52.94 % entre 21 y 25 años de graduadas.

Con relación a las variables de valoración del conocimiento de las bases de los cuidados paliativos (Anexo 8, Tabla 8), el 70.58 % es no aceptable, pues consideran el control del dolor como el más importante, así logra mejor calidad de vida el paciente, no se debe ofrecer en el hogar y los aspectos espirituales no son parte de los cuidados paliativos y el 82.35 % manifestaron que solo los pacientes oncológicos forman parte del programa de cuidados paliativos (Anexo 8, Tabla 9). El 76.47% del Personal de Enfermería al comprobar el conocimiento de las necesidades afectadas en los enfermos que forman parte del programa de cuidados paliativos fue no aceptable y el 5.88% aceptable. (Anexo 8, Tabla 10). El 82.35 % consideran al paciente con diagnóstico de enfermedad crónica, debilitante o amenazante, deben permanecer en un hospital con todo el apoyo científico, médico y mecánico con el fin de prolongar la vida. (Anexo 8, Tabla 11).

Los siguientes resultados ponen en evidencia la falta de estudio de la teoría de Virginia Henderson que manifiesta que la persona es el individuo que necesita de asistencia médica para preservar su salud o, a su vez, morir. El entorno es la familia y comunidad que tiene la responsabilidad de proporcionar los cuidados. La salud es la capacidad de funcionar de forma independiente. La enfermera es la principal ayuda del enfermo, quien debe contribuir con sus conocimientos al cuidado del paciente. La autora de la investigación infiere que este escaso conocimiento se debe a que el Personal de Enfermería cursó los estudios de pregrado con los planes de estudio anteriores al actual, donde no estaban incorporados estos temas a las asignaturas o no han pasado cursos de posgrado relacionados a las teóricas de la Enfermería. La investigadora al analizar los resultados anteriores declara como problemas principales el desconocimiento de los cuidados paliativos y la teoría de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas de los pacientes. Coincide con Medina González, Chacón Reyes, Hernández Quintero¹³⁴ que refieren necesario tomar conciencia sobre la importancia que tiene la incorporación de temáticas referidas a cuidados paliativos en los planes de estudio con particular énfasis en la carrera de Enfermería la cual

tiene como objeto la gestión del cuidado, gestión que tiene que ser precedida por el conocimiento que desarrollan, así como la necesidad de desarrollar la superación de posgrado para el Personal de Enfermería cuerpo teórico que sustente científicamente las acciones de Enfermería a realizar para el éxito de la gestión del cuidado. Los resultados coinciden con otros estudios donde es bajo el nivel conocimiento de los enfermeros y se necesitan formación en cuidados paliativos. ^{135,136}

2.6.2. Recogida y análisis de datos cualitativos

Guía de Observación (Anexo 9)

Se aplicó al Personal de Enfermería (17), que labora en los consultorios del médico y la enfermera de la familia (CMF) de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, que participan en el estudio, con el objetivo de conocer las potencialidades y limitaciones para desarrollar cuidados paliativos, en el municipio de Remedios. Fueron observadas las actividades en la práctica durante visitas a los pacientes en sus domicilios, los resultados obtenidos a partir de la observación ratifican la pertinencia de esta investigación porque los pacientes con ICC son atendidos normalmente a través de la atención primaria de salud (APS), pero no a través de una Intervención de Enfermería en cuidados paliativos. Las actividades observadas se corroboran con las necesidades encontradas.

Permitió constatar que: el Personal de Enfermería vestidas de uniforme según lo establecido por el Departamento Nacional de Enfermería, los uniformes limpios, la comunicación en tono bajo y gentil. En las sesiones realizadas, se observó que tienen diferente nivel de formación y por ende difieren en competencia, también porque los de menor nivel de formación tienen menos experiencia, se marca la diferencia según el grado de experiencia en la APS.

Se observó que: el Personal de Enfermería más experimentado aprecia mejor la compañía con los familiares, no se molestaban con las preguntas y se aprovechaban de todo contacto con él. Cuando el familiar no estuvo presente en todas las visitas, dejaban orientaciones, que más tarde controlaban e

incluso aguardan algún momento para conversar con la familia; por otra parte, se comprobó que ellos se acercan más al Personal de Enfermería que le da más información, comparten con ellos sus experiencias y plantean sus consideraciones.

Del mismo modo se confirmó que: los pacientes (si las condiciones lo permiten), se acercan a la enfermera a través del familiar, logran involucrarse en el cuidado y seguir las orientaciones de esta.

Se pudo confirmar que: las diferencias entre los cuidados aplicados por el familiar y los administrados por el Personal de Enfermería. Las descripciones de la observación fueron eliminadas una vez transcritas, se conserva en archivos personales de la investigadora.

La entrevista semiestandarizada a los familiares (Anexo 10), corroboró de manera muy marcada que son las mujeres las que cuidan a sus esposos, y que el familiar principal suele ser el cónyuge, que no están apoyados por otros familiares, sentirse con alguien de fuera le perturba a su familia. Además, se contribuyó a explicar resultados alcanzados desde el enfoque cuantitativo, en relación a las necesidades afectadas de los pacientes, la percepción del apoyo social, la comunicación y el control de los síntomas de sus familiares.

No pueden dejar sus trabajos, refieren necesidad de recibir un mayor apoyo por parte de los profesionales y creen no tener el suficiente conocimiento para poder atender al paciente en la casa, tienen escasa información sobre el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad, se sienten responsables del manejo de la medicación y del nivel de actividad del paciente, opinan temor si aparecen síntomas en su familiar. El número creciente de tareas que recaen sobre él, produce un aumento del stress y tiene que trabajar para asumir los gastos en la casa.

Muchos refieren que sus vidas han cambiado completamente desde que su familiar desarrolló ICC, algunos incluso han tenido que dejar su puesto de trabajo, su responsabilidad aumenta debido a que las estancias hospitalarias tienden a ser más cortas. Al alta, la responsabilidad recae sobre ellos y en

ocasiones estos pacientes necesitan apoyo incluso para realizar las actividades de la vida diaria, ellos se sienten agotados, deprimidos, con falta de comprensión del paciente. Tiene una importante repercusión para algunos familiares las creencias y vivencias culturales ya que supone una forma de entender y vivir con el familiar enfermo.

Algunas de las expresiones que justifican las afirmaciones, se presentan a continuación. Para mantener la privacidad de la información, fue asignado un número a cada familiar, que solo fue del dominio de la investigadora y sus expresiones se representaron con la letra F, seguida del número asignado a cada uno de ellos.

[...] siento temor si tengo que ir a trabajar, pero tengo responsabilidades en mi trabajo y no quisiera molestar a nadie con mi problema familiar (F₁₁)

Tengo que ir a trabajar, y no me gusta dejar a mi esposo con otra persona, por eso siempre estoy corriendo [...] (F₂₅)

A mi esposa no le gusta quedarse con nadie más, porque yo soy quien la entiende, pero tengo que buscar las cosas de la casa, nuestros hijos tienen su casa y sus responsabilidades y no me gusta atormentarlos [...] (F₃₇)

A veces la enfermera necesita que uno la ayude, a mi tía se lo hacemos todo, nosotros solo la cuidamos a ella, pero cuidar a un enfermo no es fácil. La enfermera viene, te explica, cuál es la mejor dieta, en qué momento dársela, cómo cuidar y me pregunta sobre los cambios que yo debo tener en cuenta, pero me da pena preguntar mis dudas [...] (F₃₆)

Tenemos poco tiempo para atenderla, todos tenemos responsabilidades y ella no nos entiende, pues hay que buscar las cosas para que no le falte nada [...] (F₄₁)

Él quiere conversar todo el tiempo y que le expliquemos su enfermedad, pero ni nosotros sabemos [...] (F₄₉)

Converso con mi mamá, le hablo, estímulo a mi mamá para que ella cuide a mi tía porque yo no puedo dejar mi trabajo y así no falta nada en casa [...] (F₅₇)

[...] una nunca está preparada para cuidar a sus padres, (con lágrimas en los ojos) de pronto se te hacen viejos y necesitan de ti, es algo que la vida te pone, se lo tienes que hacer todo, le da trabajo andar y siento mucho miedo si se me descompensa (F₈₇)

[...] de pronto ves que se sienten mal y no sabes que hacer, y te das cuenta que ya no son los mismos, sientes un enorme miedo y quieres correr para el hospital porque no sabes cómo ayudarlo (F₉₄)

[...] es uno quien lo conoce bien y ve qué le van hacer, aquí tienes que estar a cuatro ojos y meterte en todo lo que le van hacer para aprender, claro, porque no te explican si uno no pregunta (F₁₀₅)

[...] a veces mi esposo requiere saber de la enfermedad y yo también, si la enfermera se limita al cumplimiento del tratamiento médico, yo no puedo aprender (F₅)

2.6.3 Triangulación metodológica de los resultados de la caracterización inicial integrado a los cuidados paliativos de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica

La sistematización realizada permitió identificar que la triangulación metodológica, es un término originariamente usado en los círculos de la navegación por tomar múltiples puntos de referencia para localizar una posición desconocida. Campbell y Fiske, son conocidos en la literatura como los primeros que aplicaron en 1959 la triangulación en la investigación.¹³⁷

La triangulación metodológica es el procedimiento que la investigadora utilizó para agrupar y comparar los datos a partir de los resultados identificados en la caracterización del estado actual (diagnóstico de entrada) realizado al Personal de Enfermería al brindar los cuidados paliativos a pacientes con ICC.

La autora asume la triangulación como el procedimiento utilizado para interrelacionar los datos, a partir de los resultados identificados en el diagnóstico de entrada. Desde la triangulación metodológica, se identifican los siguientes problemas y potencialidades.

Problemas

- El Personal de Enfermería no posee conocimientos suficientes sobre la enfermedad de ICC y la aplicación de los cuidados paliativos.
- No existe una sólida tradición de investigación en este tipo de estudio.
- Se privilegia la tendencia al ingreso hospitalario de los pacientes con ICC.
- Sobrevaloración injustificada del poder de la medicalización sobre otros tratamientos
- No están conformados los grupos para la atención a cuidados paliativos.
- No existen programas de capacitación especializados destinados a la creación de capacidades para la aplicación de los cuidados paliativos.

Las potencialidades o resultados positivos obtenidos en la triangulación metodológica de los resultados de los instrumentos aplicados se valoraron.

- El deseo de participar en la investigación.
- El amor de los Enfermeros a su profesión.
- La amplia experiencia laboral.
- El apoyo y la cohesión social e institucional (intersectorialidad).
- Deseo de superación
- La disponibilidad para resolver sus necesidades de capacitación y alcanzar los conocimientos necesarios para asumir ese tipo de servicio de salud.
- Existencia de un sistema de Salud gratuito y humanista al servicio del pueblo.

Desde la triangulación metodológica se muestran aspectos a trabajar desde una perspectiva educativa-comunicativa.

- Intervención al Personal de Enfermería sobre la base de la superación continuada y permanente.
- Conformación de los grupos para la atención a cuidados paliativos con un protagonismo del Personal de Enfermería.
- Fortalecimiento de las capacidades para la comunicación interpersonal del Personal de Enfermería para incentivar su relación con pacientes y familiares.

Conclusiones parciales

La congruencia e interrelación entre cada una de las etapas del estudio realizado y la carencia de investigaciones de este tipo en la APS hicieron innovadora la metodología utilizada. Por medio de la triangulación metodológica se identificaron los problemas y potencialidades y existen las justificaciones necesarias para diseñar una Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, en el municipio de Remedios.

CAPÍTULO III.

INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

CAPÍTULO III. INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

En este capítulo se presentan los fundamentos teóricos de la Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, con el propósito de valorar los resultados de la implementación de la Intervención de Enfermería luego de ponerla en práctica, y se destacan los cambios que se producen en los pacientes. Para la organización de los epígrafes se empleó como referencia el esquema de la figura 4 (capítulo 2), que representa el algoritmo metodológico de la intervención.

3.1. Fundamentos de la Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica.

Para analizar los fundamentos teóricos de la Intervención de Enfermería para cuidados paliativos a pacientes con ICC, se tuvo en cuenta la utilización de indagaciones teóricas; la sistematización, el análisis documental y el sistémico estructural funcional. Se revisó el glosario de términos relacionados con el tema ilustrado por varios autores que permitió identificar regularidades en las definiciones de intervención.^{138,139}

El Personal de Enfermería al brindar cuidados supone o reconoce un problema y plantea un conjunto de acciones, las que dirigen a un individuo, un grupo, una familia o una comunidad, desde un sistema de conocimientos y habilidades asociadas a un campo de saberes, en este caso a las Ciencias de la

Enfermería, con el fin de contribuir a proteger, promover, mantener y restaurar la salud. En metaanálisis realizado en España por Bustillo ML, Gómez-Gutiérrez M, Guillén A¹⁴⁰, en el año 2018, muestran que las intervenciones de tipo cognitivo-conductual son las más aplicadas y las que obtienen una mayor eficacia, aunque sus resultados no siempre se mantienen en el tiempo. Las intervenciones psicoeducativas y las que usan un formato grupal, individual o combinado se encuentran en menor medida, pero con buenos resultados, en tanto la modalidad presencial es la más aplicada y resulta más eficaz que la no presencial, pero la combinación de ambas ofrece resultados prometedores.

La autora realiza una sistematización a autores que han trabajado las intervenciones para la consecución de una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el Personal de Enfermería, en la Universidad de Iowa desde 1987, donde se desarrolla un proyecto nombrado *Nursing Interventions Classification* (NIC en inglés y CIE en español)¹⁴¹. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (en lo adelante CIE) reconocidas internacionalmente con las siglas NIC, se definen como el tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza el Personal de Enfermería para mejorar los resultados esperados del paciente, estas incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. La CIE está dirigida al tratamiento de la enfermedad, la prevención, la promoción y la rehabilitación, las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos, sino que contempla a la familia y la comunidad. Las actividades o acciones de Enfermería, son acciones específicas que ejecuta el Personal de Enfermería para favorecer la consecución de los resultados esperados; es necesario hacer una serie de actividades o acciones para realizar una intervención.¹⁴²

En dependencia de las formas de aplicar las intervenciones, estas se clasifican en:

- Intervenciones directas: son aquellas que realiza el Personal de Enfermería en interacción directa con la persona, incluye tanto intervenciones fisiológicas como psicosociales.

- Intervenciones indirectas: son las que realiza el Personal de Enfermería lejos de la persona, pero en su beneficio, incluye actuaciones sobre la persona, el ambiente que lo rodea y la colaboración interdisciplinaria.
- Intervenciones sobre la comunidad: son aquellas que realiza el Personal de Enfermería en su labor de prevención, fomento y mantenimiento de la salud de la población.¹⁴³

A partir del origen y grado de autonomía del Personal de Enfermería en la aplicación de las intervenciones, estas pueden ser:

- Intervenciones independientes: se trata de acciones autónomas, basadas en fundamentos científicos y en beneficio de la persona.
- Intervenciones colaborativas: están constituidas por los tratamientos llevados a cabo, en respuesta a problemas diagnosticados e iniciados por otros profesionales del equipo de salud.¹⁴³

Para la estructuración de la intervención propuesta se realiza un riguroso análisis de los fundamentos teóricos desde el punto de vista filosófico, psicológico, sociológico, pedagógico, de atención de salud y de Enfermería.

Fundamentos Filosóficos: la Intervención de Enfermería es asumida por la autora bajo el enfoque dialéctico materialista que permite la comprensión de los procesos con los cuales interactúa y las bases teóricas – prácticas. El desarrollo de la ciencia, asociado a la técnica y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación han puesto de relieve el principio dialéctico de la diferenciación e integración de los conocimientos científicos, para abordar de una forma integral y multilateral los cuidados paliativos.

Se adjudica la filosofía dialéctico-materialista dada la comprensión de los procesos con los cuales interactúa y de las bases teórico-práctico para el reconocimiento de las contradicciones que pueden generarse en su desarrollo.^{73,83} Aborda como postulado esencial la ética en el papel de la práctica y su

relación con la teoría dentro del proceso del cuidado, con vistas al logro del bienestar de los pacientes con ICC. La autora plantea que no se trata sólo de brindar cuidados paliativos a estos pacientes, sino que se constituyan espacios para la integración de valores éticos y humanistas en función de objetivos propuestos.

Fundamentos Psicológicos: al abordar y sustentar los cuidados paliativos en pacientes con ICC, se asume a Vygotsky¹⁴⁴ con su enfoque histórico – cultural que apoyado por las teorías: pedagógicas, comunicativas, sociológicas, de atención a la salud y de Enfermería explican la dinámica del mismo, con un enfoque holístico, así como al considerar las diferencias individuales de estos pacientes al brindar cuidados personalizados, atención al contexto socioeconómico, vínculo de lo cognitivo, volitivo y afectivo que propicie un clima favorable parte de experiencias previas para solucionar los problemas.

Fundamentos Sociológicos: permite ver al paciente como sujeto social, que necesita establecer relaciones humanas con sus semejantes, así como apreciar el contexto social con sus implicaciones.⁶⁵ La autora considera que la atención que le dedica el gobierno y el Ministerio de Salud Pública a los pacientes con ICC, que necesitan de cuidados paliativos; se refleja en los Lineamientos del Partido Comunista de Cuba¹⁴⁵, por lo sensible que es para la familia y la sociedad en general.

Fundamentos Pedagógicos: la Pedagogía concentra su atención en el estudio de la actividad del educador y del educado en correspondencia con la concepción característica del proceso enseñanza aprendizaje,⁶⁷ la consideración a las categorías como el aprendizaje, la actividad y la comunicación, que conducen a valorar los métodos activos y el tratamiento personalizado, la atención a las diferencias individuales, el vínculo de lo cognitivo y lo afectivo en las necesidades de los pacientes con ICC, se ven reflejados por el Personal de Enfermería en la sociedad.

Fundamento Atención en Salud: la salud es un bien valorado por los individuos, las comunidades, gobiernos y otras organizaciones sociales, constituye un fundamento esencial del bienestar de las

personas como un derecho, dado que permite disfrutar de otros bienes.⁷⁰ Cuba en materia de salud enfrenta el reto de encontrar nuevas soluciones que se ajusten a las características de la región y del paciente.

La ICC no solo tiene un impacto negativo en la persona que la padece, sino también en su familia y la sociedad en general; se hace necesario conocer con qué recursos humanos se trabajará en función de brindar cuidados paliativos, trabajar por concientizar sus problemas cognitivos y afectivos y sus limitaciones con suficiente racionalidad y ética en su entorno familiar y comunitario.

Fundamentos de la Comunicación: tener presente la pertinencia social, objetivo y motivación personal ya que se convierten en el elemento regulador de todo un sistema de principios, presentes de forma permanente en todo proceso,⁶⁹ razón para asumirlo por la autora de esta investigación. La importancia de la comunicación para Enfermería, determina el logro exitoso de las acciones que se realizan en función de lograr el bienestar fisiológico, psicológico y social de los pacientes con ICC, saber escuchar y sensibilizarse con el dolor ajeno, cuidar como objeto de la Enfermería, transmitir la información correcta, ser ejemplo por el humanismo y la sensibilidad, entre otros, son elementos que caracterizan al Personal de Enfermería, como comunicadores por excelencia en el arte de cuidar.

Fundamento Enfermería: la Enfermería, arte del cuidado, que tiene como objeto de estudio el cuidado de la salud de las personas; de manera especial, en la APS, el Personal de Enfermería que forma parte del equipo básico de salud tiene la misión de contribuir a lograr un adecuado estado de salud del individuo, la familia y la comunidad, al asegurar la atención integral y personalizada,⁶⁴ presente en la Intervención de Enfermería, al intentar satisfacer las necesidades del paciente con ICC en cuidados paliativos. En la atención primaria de salud el Personal de Enfermería desde su función integral y educativa, realiza acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud; en ellas brinda cuidados independientes, dependientes y colaborativos que solucionen las demandas de salud.

La autora considera que los cuidados paliativos a los pacientes con ICC les permiten tener mejor bienestar basado en acciones de Enfermería que se declararon según los sustentos teóricos de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas.

La autora asume el metaparadigma de Enfermería (salud, persona, entorno y cuidado de Enfermería) y la teórica Virginia Henderson, que hace énfasis en la realización de actividades que contribuyen a la salud, su recuperación o tener una muerte tranquila, idea que persigue la autora en la intervención para integrar los cuidados paliativos a pacientes con ICC, se resalta el rol autónomo de la enfermera.

- a) Salud: Virginia Henderson en sus escritos señala la independencia que debe tener el enfermo, la considera como una filosofía humanista, en la que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos reales y potenciales, que utilizan para lograr la independencia y satisfacción de sus necesidades, a fin de mantener en estado óptimo la propia salud. La autora al seguir la interpretación de Henderson sobre la salud, la precisa en un paciente con ICC, que necesita cuidados paliativos por la pérdida del estado dinámico y objetivo para cubrir sus necesidades básicas por un deterioro real o potencial respecto a sus dimensiones fisiológicas, psicológica, social y espiritual, necesita a su lado una persona responsable capaz de satisfacerlas y aportar bienestar a la vida.
- b) Persona: Virginia Henderson considera a la familia y a la persona enferma como una unidad, tiene necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. La autora valora que el paciente con ICC tiene necesidades permanentes de alivio el dolor del cuerpo y el alma, es la familia quien pasa mayor tiempo con él, debe ser atendido desde un enfoque holístico humanista, como ser biopsicosocial, espiritual y cultural.
- c) Entorno: la autora señala que Henderson no aborda la definición del ambiente, pero sí asoma como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Se trata de factores externos

que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona y recomienda que el Personal de Enfermería debe modificarlo de tal forma que promueva la salud. En escritos recientes, habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera. La autora ve el entorno como el lugar de residencia donde vive el paciente, el Personal de Enfermería enseña las formas para transformarlo de una manera racional y consiente, sin que el paciente se sienta ajeno a su casa, a sus costumbres, eliminar los elementos que rompan el equilibrio como la temperatura, humedad, luz, calor, accidentes, ruidos, entre otros.

- d) Cuidados: Virginia Henderson en sus escritos conceptualiza la función propia del Personal de Enfermería, consiste en atender a la persona sana y enferma en sus actividades, para contribuir a su salud, recuperación, para esto requiere de fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanistas, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas y ayuda al paciente a satisfacer las necesidades básicas.

La autora reconoce que existe el conocimiento científico, tratamiento y cuidados de Enfermería basados en evidencias capaces de dar respuesta a las necesidades básicas de los pacientes con ICC, pero no puede separar el entorno, la familia y el estado de salud que tenga. Debe brindar y enseñar cuidados paliativos con sólidos conocimientos, sentimientos y valores, los cuales se expresan a través de la comunicación verbal y extra verbal, modos de actuación, tratamiento terapéutico, contacto físico, empatía, ética y bioética, las relaciones humanas, culturales del paciente y su familia.

Henderson se adapta a la realidad, ya que a la función propia de la enfermera (autónoma), contempla la interdependencia de ésta con respecto a otras profesiones (de colaboración), al considerar que el ejercicio profesional de Enfermería, como un servicio único y separado del resto de los profesionales de la salud. El Personal de Enfermería al asumir los cuidados paliativos en pacientes con ICC tiene la

responsabilidad de mejorar las condiciones de vida y cubrir las necesidades básicas del paciente y de los familiares.

El Personal de Enfermería trabaja y enseña a través de los cuidados, las respuestas humanas a la aparición de síntomas que afectan a la dimensión no solo física, sino también emocional, social y espiritual. El modelo de Virginia Henderson permite abordar los síntomas de la enfermedad, ayuda a conocer las fuentes de dificultad de pacientes y familias para satisfacer sus necesidades.

3.2. Diseño de la Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica

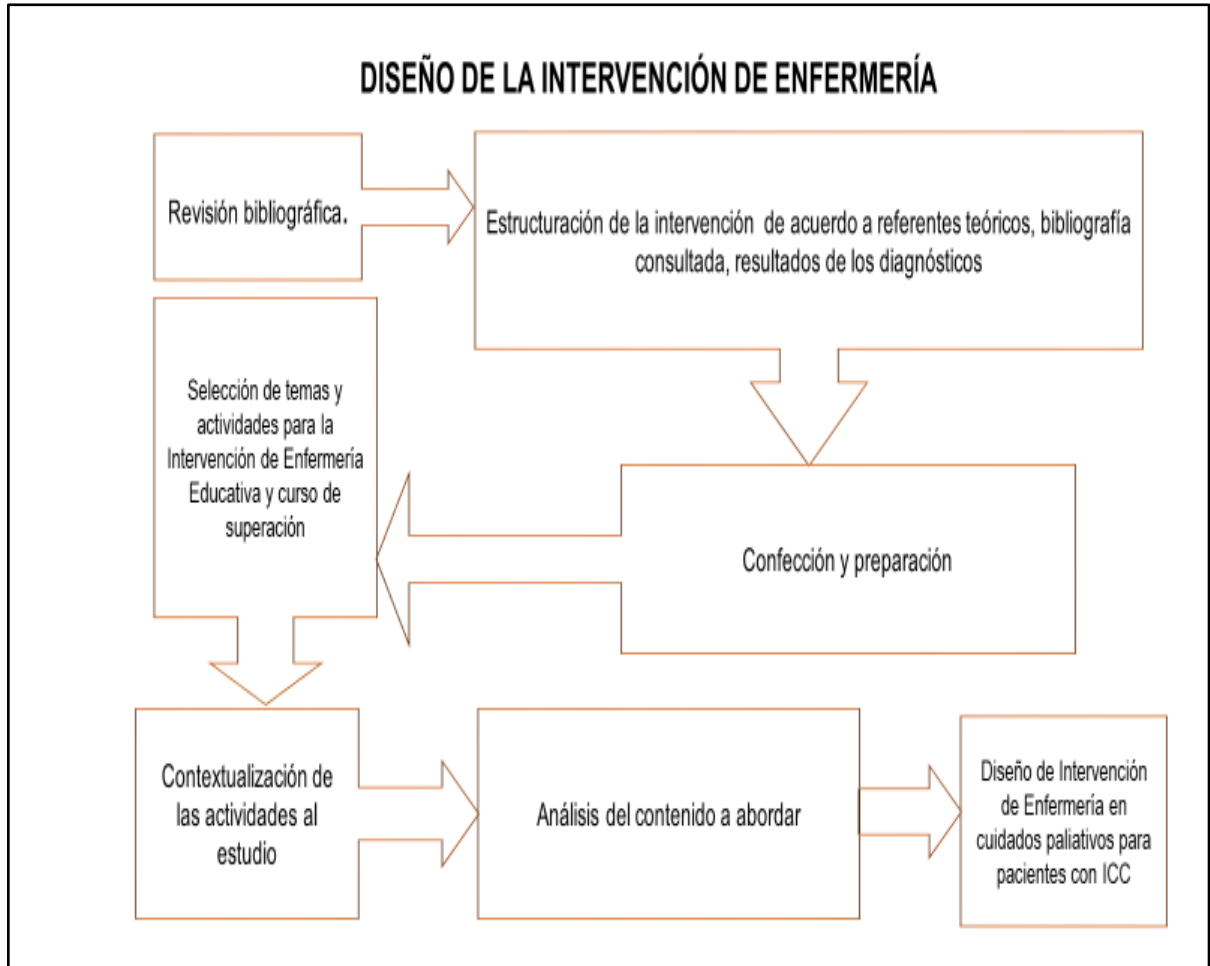
La etapa de diseño de la intervención tuvo como objetivo elaborar una Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con ICC. Se extendió desde agosto del 2017 hasta abril del 2018.

Las Intervenciones de Enfermería comprenden todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un enfermero para favorecer los resultados esperados en el paciente. Espín Andrade¹⁴⁶ y Enríquez González¹⁴⁷, coinciden en afirmar, que una de las cuestiones que limita la eficacia de intervenciones es no tomar en cuenta un modelo teórico que las respalde.

La autora de la investigación para el diseño de la intervención, parte en primer lugar del análisis de referentes teóricos, sistematizados en el primer capítulo de la tesis, lo que permitió la integración a la teoría de Virginia Henderson como eje conductor de la investigación. A partir de lo anterior y en correspondencia con el objetivo de este trabajo, conceptualiza de forma operativa el término de Intervención en Enfermería para esta investigación como una secuencia integrada de procedimientos y acciones intencionadas, sustentadas teóricamente en la propia Ciencia de la Enfermería. Con la finalidad de contribuir a la aplicación de cuidados paliativos según las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales como alternativa de tratamiento, que requieren de la Intervención de Enfermería, para facilitar la apropiación de conocimientos y habilidades en pacientes con ICC, que propicien el alcance de los

objetivos se establecen procedimientos metodológicos que contemplan la planificación secuencial de diferentes pasos a seguir.

Figura 5. Pasos para el diseño de la Intervención de Enfermería



Fuente. Elaboración propia.

Entre los pasos seguidos para el diseño de la intervención se contemplaron: la revisión bibliográfica, estructuración de la intervención de acuerdo con referentes teóricos –metodológicos y los resultados del diagnóstico. Desde el punto de vista conceptual se desarrolla un análisis multifactorial con los miembros del proyecto, del objeto de investigación, que tiene en cuenta fundamentos filosóficos, sociológicos,

sociales, psicológicos, educativos para el diseño. Además de fundamentos de salud, comunicación y los de Enfermería en dos sesiones de dos horas de duración cada una.

Virginia Henderson fue una enfermera que contribuyó en la investigación, estudió la profesionalización de la Enfermería, otorga a la enfermera un rol complementario y suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas del ser humano, a su vez considera al individuo el centro de un sistema al que brinda un papel protagónico dentro del proceso de salud/enfermedad, con el objetivo de lograr la independencia lo más rápido posible.⁹³ Estos elementos se deben tener en cuenta en la elaboración de una propuesta de Enfermería que integre a los cuidados paliativos a pacientes con ICC.

3.2.1. Propuesta personalizada de Enfermería que integre los cuidados paliativos para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica

La autora después de realizar un análisis de los presupuestos teóricos explicados en el epígrafe anterior, diseña la Intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos para el paciente con ICC. Como resultado del estudio bibliográfico, de los criterios del Personal de Enfermería, de la experiencia en el tema y los aportes de la investigadora, se establece como premisas el estrecho vínculo entre el policlínico y la familia con paciente diagnosticado de ICC; necesidad de estudio de los cuidados paliativos como un recurso para favorecer la atención de Enfermería; existencia de una base de datos de los registros de los pacientes diagnosticados de ICC y condiciones estructurales adecuadas.

Características de la Intervención de Enfermería para cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica

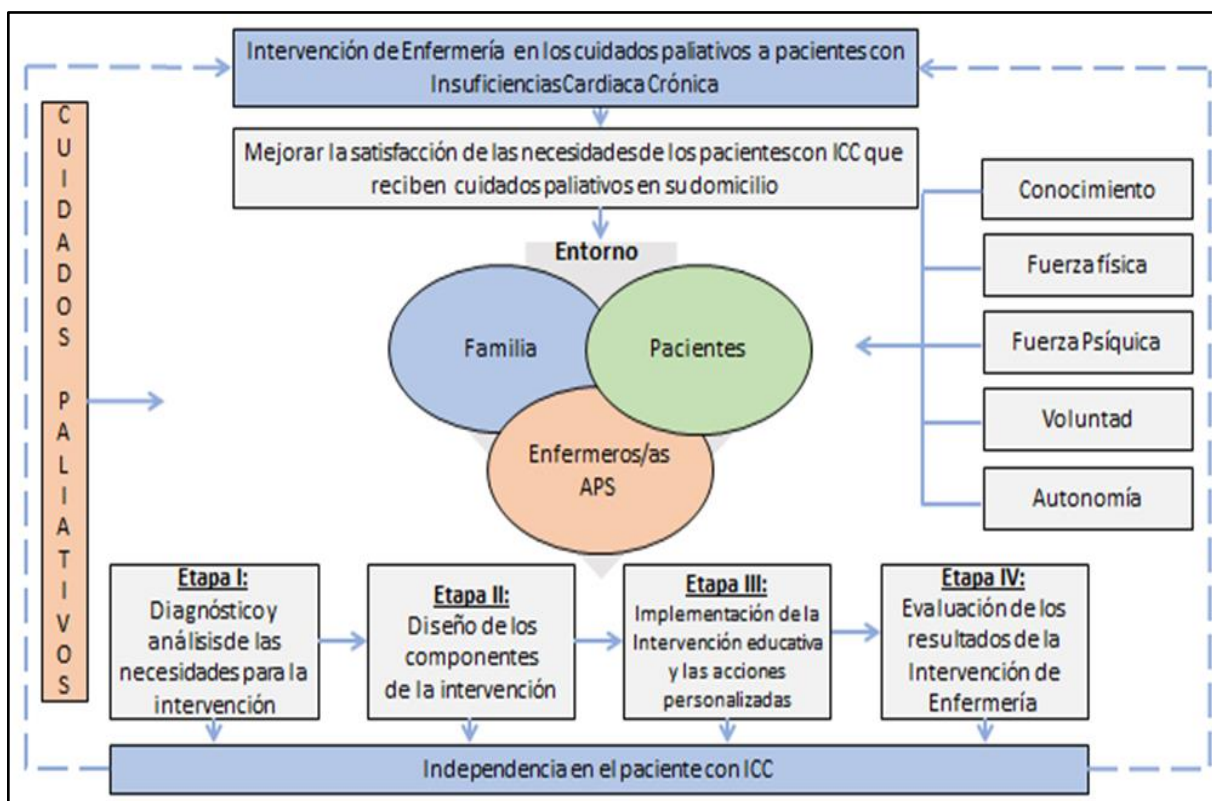
- Objetivo: adecuar la aplicación a las condiciones concretas de cada momento.
- Formativa: las actividades diseñadas precisan con claridad qué hacer, cómo hacerlo y para qué, lo que favorece la autonomía del Personal de Enfermería.

- Actualizada: está en correspondencia con las orientaciones del MINSAP, las resoluciones ministeriales que ponen en vigor las regulaciones con el paciente y la práctica de Enfermería.
- Sistémica: predominan las relaciones que se manifiestan para el paciente diagnosticado de ICC y los valores humanistas y éticos a tener en el contexto.
- Viable: puede sufrir cambios, una vez que se ejecute en la práctica y se aplique en diferentes contextos y pacientes, los cuidados paliativos que se conciben, tienen la posibilidad de adecuarse a cada paciente diagnosticado de ICC, según la clasificación por la New York Heart Association, basada en la gravedad de los síntomas y la actividad física⁵⁶.

La autora al tener en cuenta la revisión de la literatura elabora la Intervención en cuatro etapas:

- I. Primera etapa: diagnóstico y análisis de las necesidades de intervención
- II. Segunda etapa: diseño de las acciones y presentación de la intervención
- III. Tercera etapa: implementación de las acciones
- IV. Cuarta etapa: evaluación de los resultados de la intervención

Figura 6. Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica.



Fuente: Elaboración propia

En el capítulo anterior se hizo referencia a los resultados del diagnóstico y análisis de las necesidades de la Intervención de Enfermería en cuidados paliativos para pacientes con ICC, que condujeron a la etapa de diseño de las acciones y presentación de la intervención. La etapa de diseño de acciones de la Intervención de Enfermería en cuidados paliativos a pacientes con ICC, fue coordinada por la investigadora principal en bloques de trabajo como se muestra en el Anexo 11, el primero a través de una Intervención de Enfermería educativa en grupo y el segundo responde al establecimiento de las prioridades en la atención a cada paciente y diseño de las acciones a implementar (Anexo 11). En ambos casos se requirió del diseño de materiales educativos que favorecieran el alcance de los objetivos propuestos. A los resultados del diseño de la Intervención de Enfermería educativa y materiales educativos, se hará referencia en el siguiente epígrafe.

3.2.2. Resultados del diseño de la Intervención de Enfermería educativa y los materiales educativos

En el presente subepígrafe se abordan los resultados del diseño de la Intervención de Enfermería y los materiales educativos utilizados en esta investigación. A partir de los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario y la entrevista semiestandarizada, se identificaron necesidades en los pacientes y sus familiares, que conllevaron al diseño de los trípticos.

La Intervención de Enfermería educativa, en un grupo de pacientes con ICC (Anexo 12), en el primer nivel de atención de salud, donde ocurre el contacto del individuo-familia-comunidad con el Personal de Enfermería , concebida en seis sesiones , con una frecuencia semanal y una duración aproximada de dos horas, con el objetivo de modificar el nivel de información en un grupo de pacientes con ICC, los temas seleccionados se agrupan por sesiones de trabajo y responden a las necesidades de aprendizaje identificadas, los temas son los siguientes: “conociendo amigos, generalidades de las Insuficiencia Cardíaca, síntomas principales de Insuficiencia Cardíaca, factores desencadenantes, seguimiento y control del paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica en la comunidad”, al concluir se sistematizan los conocimientos adquiridos durante la aplicación de la intervención, se evalúan tanto cualitativa como cuantitativamente las modificaciones en el nivel de información y adquisición de capacidades ocurridas a nivel individual y grupal después de la aplicación de la Intervención de Enfermería.

Los trípticos (Anexo 13), “Cómo aprender a vivir mejor con Insuficiencia Cardíaca Crónica” para los pacientes, dirigido a informarles las medidas que deben tomar para sentirse mejor, como adaptarse a los cambios en su vida y como se manifiestan sus síntomas. Para la familia el tríptico “Cómo cuidar a un familiar con Insuficiencia Cardíaca Crónica”, que les enseña como comprender la enfermedad y el cuidado día a día del paciente con ICC.

3.2.3. Resultados del diseño del curso de superación para el Personal de Enfermería

Se realizaron las coordinaciones pertinentes y se solicitó la autorización a la dirección del Policlínico XXX Aniversario de la Caída en Combate del Guerrillero Heroico y sus Compañeros, y al Departamento de Enfermería para el curso.

El programa del curso (Anexo 14), se concibió para la entrega de conocimientos y habilidades que debe tener el Personal de Enfermería para ofrecer los cuidados paliativos y brindar una atención integral tanto al paciente como a su familia. Capaces de afrontar las diferentes necesidades en las diferentes etapas de la enfermedad y en los variados ámbitos asistenciales.

El curso cuenta con un total de 192 horas, distribuidas en 14 horas de conferencias, 4 horas de seminario, 20 horas de clases taller, 144 horas de trabajo independiente y 8 horas de evaluación; se siguió la metodología establecida para la confección de los programas de superación posgraduada contemplada en la Resolución No. 140/2019 del reglamento de la educación de posgrado de la República de Cuba, según el sistema de créditos capítulo III, artículo 14.1, se otorgan 6 créditos a los cursistas. Para su aprobación y acreditación, se presentó al Consejo Científico de la Facultad y posteriormente al de la Universidad (Anexo 15).

Henderson aplica aparentemente una forma deductiva de razonamiento lógico en el desarrollo de su definición en enfermería, señaló... “Para que la enfermera ejerza su profesión de forma experta y para mejorar sus técnicas necesita contar con un tipo de formación que solo se imparte en las escuelas superiores y universidades...”; resaltó la importancia de crear en los estudiantes de enfermería el hábito de preguntar, participar en cursos de biología, física y sociología u otras humanidades adentrarse en otros campos del saber, observar una atención eficaz y ofrecerlas en diversas circunstancias.

3.3. Resultados de la validación de la Intervención de Enfermería

Concluido el diseño de la intervención se procede a la validación de la Intervención de Enfermería, a través del método Delphi¹¹⁴, ha sido utilizado en varias investigaciones en el contexto cubano. Se realizó

una selección de expertos que sigue los criterios de Sampieri 2014¹¹² a través del método de expertos (denominados también “políticamente importantes” por algunos autores) descrito como: “elección de individuos que conocen a fondo el problema investigado o están conectados con este” (Anexo 5).

Una vez recibida la respuesta de los expertos se realizaron los siguientes pasos (Anexo 16):

- a) Determinación del coeficiente de conocimiento (Kc) del experto.¹⁰⁵
- b) Cálculo del coeficiente de argumentación (Ka) o fundamentación.¹¹⁵
- c) Cálculo de la competencia a nivel de codificación de cada posible panelista como experto en el problema, objeto y campo en que se investiga mediante la fórmula: $K = 1/2 (Kc + Ka)$.

Se incluyeron 15 expertos una vez que se recibió la autoevaluación inicial de los candidatos a participar en la investigación y se realizó el cálculo del coeficiente de competencias. De los expertos seleccionados, 12 obtuvieron un coeficiente de competencias alto y tres alcanzaron medio.

Se informó a los expertos seleccionados y se iniciaron las diferentes rondas de la técnica Delphi caracterizada por el anonimato, la iteración con realimentación controlada, mediatizada y dirigida, las estadísticas de grupo con retroalimentación en cada ronda, en la que se presentan todas las opiniones al indicar el grado de acuerdo que se ha obtenido, y la experiencia en el tema o asunto a resolver.

Se seleccionaron 15 profesionales de la salud, con más de 23 años de experiencia en el sector, con grado científico de Máster o Superior y categoría docente de Asistente, Auxiliar o Superior con experiencia en la validación por el método Delphi, incorporados a proyectos de investigación sobre el tema, relacionado con el diseño de intervenciones y los cuidados de Enfermería en la atención primaria de salud. El grupo de expertos conformado por 15, de ellos cuatro Doctores en Ciencias: dos en Ciencias de la Enfermería, uno en Ciencias de la Salud, uno en Ciencias Pedagógicas, con categoría de profesor Titular cuatro; once Máster en Ciencias, seis con categoría de profesor Auxiliar y cinco Asistentes (Anexo 17).

Una vez conformado el grupo de expertos se procedió a la aplicación de la encuesta para someter a sus valoraciones mediante los procedimientos del método Delphi, con la finalidad de perfeccionar la Intervención de Enfermería y los materiales educativos. En este cuestionario se utiliza criterios: muy adecuado (MA), bastante adecuado (BA), adecuado (A), poco adecuado (PA), inadecuado (I), representaba la total conformidad con el planteamiento expuesto. Los aspectos a evaluar y las categorías para su evaluación aparecen en el anexo de este informe (Anexo 18).

En la encuesta elaborada se sometió a consideración los siguientes elementos:

- Premisas de la Intervención de Enfermería
- Requisitos de la Intervención de Enfermería
- Características la Intervención de Enfermería
- Etapas I de la Intervención de Enfermería
- Etapa II de la Intervención de Enfermería
- Etapa III de la Intervención de Enfermería
- Etapa IV de la Intervención de Enfermería
- Representación gráfica de la Intervención de Enfermería
- Curso de superación: Introducción a los cuidados paliativos en pacientes con ICC, en la APS.
- Intervención de Enfermería educativa dirigida a pacientes con ICC.

Se ofreció una tabla adicional en la que cada experto podía dar su opinión acerca de qué incluiría y qué modificaría. Se realizaron dos rondas, con los señalamientos y recomendaciones de la primera ronda se efectuó modificaciones a la propuesta. Luego se sometió a una segunda ronda, en la cual hubo consenso de los expertos y los resultados fueron procesados. Como resultado del criterio de expertos en la primera ronda fueron evaluados seis ítems como muy adecuados y cuatro como bastante adecuado, no quedó ningún ítems evaluado de poco adecuado o inadecuado (Anexo 18), los expertos

consideraron necesario realizar algunas recomendaciones referidas a la intervención y a los materiales educativos.

Recomendaciones de expertos:

- En relación con la intervención: recomendaron cambiar la dosificación del tiempo de duración en algunas sesiones que se corresponden con las técnicas participativas a utilizar, así como la reformulación de algunos objetivos. Precisar además criterios que puedan ser medibles en las evaluaciones sistemáticas al término de las sesiones previstas.
- Referido a los trípticos: el dirigido a los pacientes indican modificar el título, sugieren: cómo aprender a vivir mejor con Insuficiencia Cardíaca Crónica, y en relación al tríptico a la familia proponen por cuestiones éticas evitar usar imágenes o fotos que muestren el rostro de familiares de los pacientes.

Se tuvo en cuenta las recomendaciones emitidas por expertos para relaborar una mejor propuesta, que fue sometida nuevamente al criterio de expertos en una segunda ronda, donde ocho ítems como muy adecuados y dos como bastante adecuado (Anexo 18), con el empleo del criterio de expertos con procesamiento Delphi. Los resultados de esta valoración permitieron la aplicación de la intervención. Este resultado garantiza la confiabilidad y es posible hacer valoraciones a partir del consenso de estos expertos. El análisis de frecuencias evidencia una prevalencia de las valoraciones de MA (muy adecuado) y BA (bastante adecuado) (Anexo 18).

Las valoraciones expresadas por los expertos en el formato de validación correspondiente, se procesó estadísticamente. Las valoraciones de los expertos respecto a la propuesta mostraron un coeficiente de concordancia de 0,80 y con el análisis, se constata en ambas rondas que se rechaza la hipótesis nula (H0) de que no existe comunidad de preferencia entre los expertos.

Cuadro 9. Nivel de concordancia de los expertos.

COEFICIENTE DE CONCORDANCIA
0,809475917
Se rechaza la hipótesis nula (H0) de que no existe comunidad de preferencia entre los expertos para un nivel de significación de 0,05.
Se rechaza la hipótesis nula (H0) de que no existe comunidad de preferencia entre los expertos para un nivel de significación de 0,01.

Los expertos opinan que están bien estructurados, poseen información útil y consejos prácticos a los pacientes y familiares. La intervención constituye una ruta importante para dar solución a través de las acciones diseñadas a la problemática planteada.

3.4. Procedimientos metodológicos y resultados de la etapa III. Intervención de Enfermería

Para el desarrollo de la Intervención de Enfermería se tuvo en cuenta el establecimiento de procedimientos generales para su ejecución, desde mayo del 2018 hasta abril del 2019. En consonancia se procedió al control de variables interferentes, se realizaron las coordinaciones pertinentes con la dirección del Policlínico XXX Aniversario de la Caída en Combate del Guerrillero Heroico y sus Compañeros, del municipio Remedios.

Para el desarrollo de la intervención fue necesario establecer coordinación con el personal de salud del área donde se llevaría a cabo la Intervención de Enfermería con el objetivo de evitar que tanto el Personal de Enfermería como los pacientes fueran incluidos en otros estudios que pudieran interferir y falsear los resultados de esta investigación.

3.4.1. Implementación del curso de superación: Introducción a los cuidados paliativos en pacientes con ICC, en la APS

El curso de superación se implementó para dar sostenibilidad a los resultados de la investigación en la APS, entre los meses de mayo a julio del 2018 y otorgó 6 créditos académicos. La matrícula del curso fue de 17 y el Personal de Enfermería legalizó su consentimiento informado (Anexo 1).

En un primer encuentro se presentó el programa (Anexo 14), donde se precisaron los objetivos, contenidos, formas organizativas (FOE), el tipo de evaluación y la bibliografía a consultar. Se exploró el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos, las expectativas y motivaciones que tenían con el curso. La asistencia del Personal de Enfermería fue buena. Mostraron motivación por los contenidos y participaron de forma activa en la exposición de situaciones reales que se han presentado en la educación en el trabajo. Al inicio de cada encuentro se revisó el trabajo independiente orientado en la clase anterior y se reflejó las calificaciones en un registro (C1).

En el Policlínico XXX Aniversario de la Caída en Combate del Guerrillero Heroico y sus Compañeros, municipio Remedios, se propició la disponibilidad de un aula que cumpliera los requisitos de buena iluminación, ventilación y existencia de medios auxiliares de proyección para la intervención. Se contó además con el apoyo de otros factores como los medios técnicos, biblioteca, docencia, Enfermería y a la vez se garantizó la liberación del recurso humano y de apoyo.

En la retroalimentación, el coordinador hace un resumen y enfatiza en los contenidos más importantes. A los quince días, se le entrega a cada participante el cuestionario que debe responder de forma anónima. Los resultados se expondrán en el epígrafe de evaluación.

Henderson V. plantea que la enfermera es la principal ayuda del enfermo, quien se propone contribuir con sus conocimientos al cuidado del paciente para que la persona logre independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas. La autora considera que el Personal de Enfermería que participa en la intervención, debe poseer un alto nivel de preparación, sensibilidad humana, alto sentido de la ética al tratar con estos pacientes, amigos y familiares.

3.4.2. Implementación de la Intervención de Enfermería educativa y las acciones personalizadas

La estrategia de intervención, tiene como referente la teoría de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas, parte de la identificación de las necesidades descritas en los pacientes con ICC en la pre intervención.

De esta manera la intervención asentada en las bases de los cuidados paliativos, se implementa en el primer nivel de atención de salud, en pacientes con ICC, organizadas en dos bloques de trabajo por la investigadora principal, acompañada del Personal de Enfermería que labora en el CMF, quien proporcionó la primera aproximación al paciente, al contexto social y cultural donde se realiza la investigación.

El primer bloque de trabajo una Intervención de Enfermería educativa, en grupo, cuyas acciones se estructuran en seis sesiones (Anexo 12), se efectuó en los meses de septiembre a diciembre del 2018, una frecuencia semanal y duración aproximada de dos horas cada una, con el objetivo de modificar el nivel de información en un grupo de pacientes con ICC, y el segundo bloque de trabajo las acciones personalizadas en el hogar, desde enero hasta abril del 2019, por su naturaleza constituyen un conjunto de acciones sucesivas y coordinadas. La concreción en la práctica se realizó según el contexto específico de cada paciente y con una orientación personalizada al paciente y su familia.

El segundo bloque de trabajo, el diseño de la intervención partió de las bases de los cuidados paliativos (Anexo 11), elementos esenciales para las acciones con el paciente, con seis sesiones, a razón de dos semanales y una duración aproximada de una hora en cada una y la evaluación del resultado de la intervención se realizó al mes de la última actividad, donde se le aplica el cuestionario post/intervención, los resultados se expondrán en el epígrafe de evaluación. Los trípticos (Anexo 13), “Cómo aprender a vivir mejor con Insuficiencia Cardíaca Crónica” que responde a las necesidades de los pacientes y el tríptico “Como cuidar a un familiar con Insuficiencia Cardíaca Crónica”, brinda detalles a la familia y

permitieron la entrega de información impresa, resumida e ilustrada, con un lenguaje sencillo, adecuado, sin uso de tecnicismos. El diseño utilizado y los contenidos abordados contribuyen a la apropiación de conocimientos.

3.5. Procedimientos metodológicos y resultados de la etapa IV. Evaluación

En esta etapa se realiza la valoración de los resultados de la aplicación de la Intervención de Enfermería, al igual que la primera etapa. Se extendió de mayo hasta diciembre del 2019, se sigue una secuencia explicativa, por lo que se divide en dos fases: una primera de recogida y análisis de los datos cuantitativos, de mayo hasta agosto 2019, una segunda de recogida y análisis de los datos cualitativos, y del análisis en conjunto de los datos cuantitativos y cualitativos, de septiembre hasta diciembre del 2019.

La recolección de datos se realizó en horarios de la mañana, por la autora. Los datos obtenidos, se incorporaron a la base de datos automatizada, se utilizó el paquete informático Microsoft Office (Microsoft Excel) soportado sobre Windows y se procesaron en el programa estadístico (SPSS) versión 24.0, con el cual se generaron estadísticas descriptivas con la confección de tablas en los que se expresaron los valores de los atributos de la variable en frecuencias absoluta y relativa. De la estadística inferencial se empleó la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado para determinar si las diferencias encontradas en las distribuciones de variables muestran asociación por homogeneidad, aceptando un nivel de significación del 95% ($p < 0.05$), de ahí que se consideran los resultados según valor asociado de p .

No significativo ($p > 0.05$)

Significativo ($p < 0.05$)

Muy significativo ($p < 0.01$)

3.5.1. Primera fase. Recogida y análisis de datos cuantitativos

Los pacientes después de la Intervención de Enfermería, refieren una adecuada percepción del apoyo social, resultó ser muy significativa (Anexo 6, Tabla 2), el 99.36 % relata tener una adecuada atención familiar, solo el 0.63 % no es adecuada y la comunicación mejoró al 98.11%. Coincidimos con San Sebastián Moreno¹⁴⁸, en su tesis doctoral de Neurociencias, describe que la ayuda emocional suele ser la más complicada de ofrecer por falta de formación en este campo habitualmente, ya que la parte de las emociones ha sido durante décadas territorio afín a la psicología.

La existencia de un paciente paliativo, genera cambios en la familia y el entorno del paciente. Estos cambios a su vez pueden provocar malestar y malos entendidos entre el paciente, la familia, amigos y los profesionales que les tratan. Los profesionales que atienden al paciente deben aportar nuevos conocimientos y experiencia para mejorar el trato y evitar conflictos que pueden provocar sentimiento de culpa e influir negativamente en la relación con los amigos, familiares y profesionales.

Obando karol Solange¹⁴⁹ alcanzó analizar que la totalidad de las personas después de haber recibido información, han aumentado sus conocimientos sobre el tema, se puede observar que las estrategias educativas, talleres y charlas aplicadas dieron resultados, ahora conocen y comprenden la importancia, manifiestan que su entorno familiar dio un cambio y mediante encuestas y material educativo. La mayoría de las personas señalan que han tenido una mayor instrucción sobre los tipos de enfermedades y su adaptación, se ha generado una mayor preocupación por su vida y el bienestar, se ha determinado que los pacientes necesitan conocer sobre su enfermedad para así poder colaborar con su tratamiento o ser participe positivo en recuperar su salud y llevar un estilo de vida diferente.

Balaguer Madrid¹⁵⁰ refiere que, debido al incremento de enfermedades crónicas y degenerativas, así como de los procesos patológicos sin posibilidades de curación, el papel de Enfermería en el contexto de los cuidados paliativos se encuentra en continuo desarrollo. Estos procuran aliviar los síntomas, el dolor y su control es sumamente importante.

Sin el control del dolor y los síntomas, podemos dar excelente apoyo psicosocial pero no se brinda cuidado paliativo. Se puede lograr mucho con una adecuada intervención del cuidado de Enfermería. El buen cuidado de Enfermería es esencial y puede controlar algunos síntomas sin utilizar medicinas en absoluto, concuerda con datos obtenidos en el post- experimento que le permitieron a la investigadora, revelar los datos (Anexo 6 ,Tabla 4) ,donde se muestra la distribución de los síntomas percibidos por los pacientes estudiados ,después de la Intervención de Enfermería , de intensidad moderada y el 62.65 % de otros síntomas son de intensidad leve, por lo que la dependencia de las variables resultó ser muy significativa y se concluye que hay evidencias suficientes para plantear que la intervención es efectiva pues el valor de p es 0.0000 , muy significativo y existe una mejora en la satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes .

El 99.36% de los pacientes mantiene una dieta balanceada y control de su peso, el 100% cumple su tratamiento y solo el 6.96 % de los pacientes no practica ejercicios físicos (Anexo 6, Tabla 5). Resulta la dependencia entre las variables según estilos de vida de los pacientes con ICC, después de la Intervención de Enfermería, muy significativa.

Para Virginia Henderson la necesidad fundamental, es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio fisiológico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo; el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápido posible. Considera que la necesidad es un requisito, no una carencia que condiciona la supervivencia absoluta de la persona y la independencia, consecuencia de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta, en función de su estado, comportamientos apropiados, o que realiza por sí misma algunas acciones sin ayuda ajena.

Dichos postulados se resumen en: cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia, cada individuo es un todo compuesto y complejo con 14 necesidades básicas, si una necesidad está satisfecha el individuo es un todo complejo e independiente. Considera la salud en términos de la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los componentes de los cuidados de Enfermería, equipara salud con independencia.

Se realiza la comparación de los resultados globales conseguidos antes y después de la Intervención de Enfermería que evidencian que hubo un incremento de la información de los pacientes con ICC y mejoras en la satisfacción de sus necesidades básicas. Es por ello, que la autora del estudio afirma que es eficaz en la práctica para el desarrollo de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud.

Resultados del cuestionario al Personal de Enfermería

Con el objetivo de identificar los conocimientos se tuvo en cuenta la concepción filosófica sustentada en la teoría de Virginia Henderson apoyada en los cuidados paliativos para los pacientes con ICC. Los resultados obtenidos después del curso demuestran que el 88.23 % del conocimiento de las bases del cuidado paliativo es aceptable, la dependencia entre las variables es muy significativa. (Anexo 8, Tabla No 8).

En el 76.47% son aceptables sus respuestas en relación al conocimiento de los pacientes susceptibles de formar parte del programa de cuidados paliativos según resultados de las variables, la dependencia entre estas resulto ser muy significativa (Anexo 8, Tabla 9). El 96.11% del Personal de Enfermería al comprobar el conocimiento de las necesidades afectadas en los enfermos que forman parte del programa de cuidados paliativos fue aceptable y el 5.88% medianamente aceptable (Anexo 8, Tabla 10), al resultar ser muy significativa. El 88.23% considera los pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica, debilitante o amenazante, pueden recibir los cuidados paliativos en el hogar, con el fin de prolongar la

vida. (Anexo 8, Tabla 11) dicho resultado entre las variables fue muy significativo, coincide con Rodríguez LN, León LI, Montero RG¹⁵¹, el conocimiento de los enfermeros se modificó de forma adecuada.

Al realizar las pruebas de Chi-cuadrado (X^2) al conocimiento del Personal de Enfermería, podemos decir que, como el valor de p es 0.0000, hay una significancia estadística, y se rechaza la hipótesis nula, entonces es efectivo el programa del curso. Estos resultados corroboran el criterio de otros autores, a los que se hará referencia a continuación.

Rodríguez Cruz O, Expósito Concepción MY¹⁵² refieren que, si se quiere lograr cuidados paliativos de calidad, el llamado es a continuar el trabajo en la formación de profesionales de enfermería con conocimientos necesarios para brindar cuidados en los procesos de cronicidad y etapa final de la vida, que permitirá redimensionar el rol de la enfermera fundamentalmente en la APS, donde recae la mayor responsabilidad de proporcionar una atención en el domicilio a estos pacientes y su familia.

Virginia Henderson manifiesta en su teoría, que la enfermera es la principal ayuda del enfermo, quien debe contribuir con sus conocimientos al cuidado del paciente.⁹⁰ El papel del Personal de Enfermería en la atención de pacientes con ICC debe estar encaminado a satisfacer las necesidades y demandas de estos enfermos y sus familiares con un tratamiento adecuado que ponga límites al sufrimiento, debe ser una realidad innegable y convierte al tema en un verdadero asunto de Salud Pública.^{153,154}

3.5.2. Segunda fase. Recolección y análisis de datos cualitativos. Triangulación de los resultados

En correspondencia con la estrategia utilizada en esta fase, como parte de la evaluación de la Intervención de Enfermería y para mantener la privacidad de la información, fue asignado un número a cada paciente, Personal de Enfermería y familiar, que solo fue del dominio de la investigadora y sus expresiones se representaron con la letra P, E y F seguida del número asignado a cada uno de ellos.

La autora recoge la opinión de los pacientes (P), cuando realiza las preguntas abiertas: ¿Qué consideraciones tiene usted de la intervención?, ¿Podría describir su experiencia en la intervención en

relación a su bienestar?, y obtuvo como resultado que los pacientes con ICC, emiten los siguientes criterios.

“...estoy satisfecho...” (P₅); “...estoy complacida con lo que he logrado...” (P₁₀); “...después de la intervención he podido hacer mis cosas...” (P₃₁); “...puedo hacer más actividades que antes no podía...” (P₆₇); “...me siento más segura...” (P₁₀₅); “...sé qué hacer y cómo hacerlo...” (P₁₅₈)

El Personal de Enfermería (E), emite sus criterios, luego que la autora realizara la pregunta abierta: ¿Cómo ha contribuido la intervención a modificar sus conocimientos?, y obtuvo como resultado:

“...somos los sustitutos de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física y voluntad...”, (E₂)

“...ayudamos al paciente a que recupere su independencia...” (E₁₅)

“...solos no pueden suplir la totalidad de actividades por sí mismo...”, (E₁₆)

“...acompañamos al paciente en el proceso de cambio que desarrolla...”, (E₁₇)

La entrevista semiestandarizada a los familiares (Anexo 10), confirmó que están más apoyados por otros familiares, además contribuyó a explicar resultados alcanzados desde el enfoque cuantitativo, en relación a que se le brinda más apoyo al familiar desde el punto de vista de comunicación, la adaptación al proceso de la enfermedad. Una familia bien informada, será siempre más colaboradora y facilitará mucho el control de los síntomas del paciente sabe cómo ayudarlo a disminuir sus temores, miedos, sus desesperanzas por su enfermedad (ICC), asegura compañía, fomenta la esperanza de que se hará todo lo posible para el control de sus síntomas y sus cuidados.

La autora al finalizar la visita en el hogar pregunta a los familiares: ¿Considera Ud. que la intervención le aporta elementos que lo ayudan a cuidar a su familiar?, y obtuvo como resultado las siguientes afirmaciones:

“... estoy más segura ahora para atender a mi mamá...” (F 3)

“...sé cómo ayudarlo a partir de ahora...” (F8)

“...ahora puedo entender a mi abuelo...” (F13)

“...con la sobreprotección que le tenía no lo estaba ayudando...” (F15)

El análisis en conjunto de los datos cuantitativos y cualitativos y la utilización de la triangulación metodológica permitieron comprobar los resultados favorables de la Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica. Se determinó una elevación del nivel de conocimiento del Personal de Enfermería y una mejora en la satisfacción de las necesidades de los pacientes con ICC, que reciben cuidados paliativos en su hogar.

Cada participante de la investigación fue informado acerca de los objetivos del estudio, procedimiento, beneficios y su libertad a formar parte de la investigación y retirarse en cualquier momento, sin que su decisión afectara las relaciones de trabajo. Los datos primarios, así como los resultados finales de la investigación fueron utilizados sólo para investigación, en la más estricta confidencialidad. En cada caso se brindaron orientaciones o criterios involucrados en las acciones de la intervención, sin imposiciones ni consejos directivos. En todo momento se tuvo en cuenta lo estipulado en la Declaración de Helsinki.²⁷

Conclusiones parciales

En el capítulo presentado se pudo evidenciar el diseño, la implementación y la evaluación de la Intervención de Enfermería, dirigido a desarrollar, desde una perspectiva de Enfermería, los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica. La Intervención de Enfermería diseñada, mostró la viabilidad de la propuesta, con lo cual su principal resultado se reflejó en la mejora de la satisfacción de necesidades en los pacientes con ICC.

CONCLUSIONES

La integración de la teoría de Virginia Henderson constituyó un sustento teórico útil en esta investigación, dado que permitió concebir una Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos que tiene en cuenta las 14 necesidades básicas, dirigida a mejorar la satisfacción de las necesidades humanas de los pacientes.

La caracterización de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, permitió identificar a los mismos como adultos mayores con antecedentes familiares y personales, dado que la mayoría eran féminas de la tercera edad, tenían antecedentes patológicos personales y más de cinco enfermedades asociadas.

El estado actual del cuidado de Enfermería estuvo comprometido en el pretest pues la percepción de los pacientes del apoyo social, el control de los síntomas, la voluntad y la fuerza psíquica, estaba altamente afectada, el nivel conocimiento del Personal de Enfermería fue bajo.

La Intervención de Enfermería elaborada para la integración de los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, posee un enfoque sistémico y transformador, en tanto concibe el papel activo de los pacientes en una Intervención de Enfermería con acciones grupales y personalizadas, que involucra a pacientes, familia y Personal de Enfermería.

Los resultados de la intervención pueden ser considerados favorables pues la misma produjo cambios significativos positivos, en la satisfacción de las necesidades humanas de los pacientes según sus respuestas al integrar los cuidados paliativos a los cuidados de Enfermería y se elevó el nivel de conocimiento del Personal de Enfermería para el cuidado.

RECOMENDACIONES

Proponer al MINSAP, a la Dirección Provincial de Salud de Villa Clara y a la Universidad de Ciencias Médicas:

1. incluir los cuidados paliativos para pacientes con enfermedades crónicas en los programas de Salud que se ejecutan en los policlínicos del país.
2. extender la capacitación al Personal de Enfermería en la Atención Primaria de Salud de la provincia de Villa Clara para realizar los cuidados paliativos a pacientes con enfermedades crónicas.
3. evaluar los efectos e impactos de la Intervención de Enfermería propuesta en el Personal de Enfermería en la Atención Primaria de Salud de la provincia de Villa Clara.
4. socializar los resultados de esta investigación entre la comunidad científica de Enfermería del capítulo Atención Primaria de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pereira Rodríguez J E, Rincón González G, Niño Serrato D R. Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. Cor. Salud, [SL.], [Internet], 2016 ene [citado 23 feb. 2020]; 8(1): [Aprox.2p]. Disponible en:
<http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/98/240>
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de la República de Cuba. 2017. ed.-018: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2018.
3. Sección de Insuficiencia Cardíaca Sociedad Española de Cardiología. Cerca del 60% de los pacientes con insuficiencia cardíaca tiene cinco o más enfermedades crónicas asociadas. España: Málaga. [Internet].2019 jun12 [Citado 10 ene 2020]. Disponible en:
<https://www.secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/10659>.
4. Servicio Andaluz de Salud. Guía de atención enfermera a personas con insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. España: Consejería de Salud Junta de Andalucía; 2017. [Internet]. Disponible en: <https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2017/12/guiainsuficiencia.pdf>.
5. Pascual A. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. Madrid; 2007. Disponible en:
<https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf>.
6. Blanco D. Cuidados Paliativos en Enfermería; 2014. Disponible en:
<http://www.med.unne.edu.ar/enfermeria/catedras/oncologia/clases/001.pdf>.
7. López A. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de publicaciones; 2011. Disponible en: <http://www.publicacionesoficiales.boe.es>.

8. Grau J, Chacón M, Reyes MC. Los cuidados paliativos al paciente oncológico en Cuba. Periodos y etapas (Pasado y Presente). La Habana: Editorial MINSAP; 2008.
9. Figueredo Villa K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2014. Disponible en: <http://www.tesis.repo.sld.cu/741/>
10. Expósito Concepción MY. Intervención de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los cuidadores primarios de las mujeres con cáncer de mama avanzado. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2014. Disponible en: <https://www.repositorio.sld.cu>
11. Díez Porres LT. Efectividad de un equipo de cuidados paliativos en los últimos días de vida. [Tesis]. España: Universidad Autónoma de Madrid; 2013. Disponible en: <https://www.repositorio.uam.es/>
12. Ríos Salas VH, Torres Gutiérrez BA. Efectividad de los cuidados paliativos en cuidados intensivos. [Tesis]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener. Lima –Perú; .2019. Disponible en: <https://scholar.google.com.cu>
13. Medina Méndez A, Ulate Arguedas H. El rol de los Cuidados Paliativos en la Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Terminal. Rev. Clin Esc ME. [Internet], 2019 ene [citado 23 feb. 2020]; 9(6): [Aprox. 7p]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-019/ucr196e.pdf>
14. Ochoa Valle V A. Conocimientos del equipo de salud sobre cuidados paliativos al paciente diabético. [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2018. Disponible en: <http://www.dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5050>

15. Guano Aguiar AM, Iza Llamuca DM. Relación entre dimensiones de calidad de vida afectada en pacientes diabéticos, cuidados paliativos y taxonomía NANDA-I. [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo. Chambo- Riobamba; 2019. Disponible en: <https://www.dspace.unach.edu.ec>
16. Falconi Borja ME, Soria Ataja FA. Enfoque enfermero en los cuidados paliativos al adulto hipertenso y diabético. [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2019. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/>
17. Espinosa Roca A Cuidados paliativos a enfermos adultos terminales en la atención primaria de salud. [Tesis]. Villa Clara: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2007. Disponible en: <https://scholar.google.com.cu>
18. Echeverría Haro PC, Moreta Collaguazo MJ. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal, [tesis]. Ecuador: Unidad Oncológica SOLCA Cáncer; 2015.
19. Días C. Los cuidados paliativos, los servicios de salud y el rol del psicólogo. [Tesis]. Argentina: Universidad Católica Argentina: Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Buenos Aires; 2018. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi->
20. Castillo E, Vásquez L. Cuidado paliativo de enfermería en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, [Tesis]. Perú: Chiclayo. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012.
21. Cordero Vega. Irrealidad asistencial de los cuidados paliativos apacientes adultos en fase terminal en el entorno hospitalario de Puerto Rico. [Tesis]. España: Universidad de Málaga; 2017. Disponible en: <https://scholar.google.com.cu/>

22. Rojas Ocaña M J. La intervención enfermera como instrumento de formación en cuidados y autocuidados de personas mayores en el espacio domiciliario. [Tesis]. España: Universidad de Huelva; 2012. Disponible en: <http://www.rabida.uhu.es>
23. DMS. Análisis de la situación de Salud del municipio de Remedios. Dirección Municipal de Salud de Remedios.; 2018
24. ONEI Remedios. Anuario estadístico de Remedios; 2017. Edición 2018: Oficina Nacional de Estadística e Información. Provincia de Villa Clara; 2018
25. Piza Burgos, N D, Amaiquema Márquez, F A, Beltrán Baquerizo, G E. Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. 2019. Conrado, 15(70), 455-459. E pub 02 de diciembre de 2019. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1990-86442019000500455>
26. Hernández-Sampieri R, Mendoza C .Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Editorial MC Graw Hill Education; 2018. p.5-- 714 p.
27. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki, Fortaleza Brasil. Paris: Asociación Médica Mundial; 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-a-amm-principioseticos-para-las-investigacionesmedicasenseres-humanos>
28. Grau R, Correa C, Rojas M. Metodología de la Investigación. Ibagué. Tolima: Universitaria de Ibagué. Editorial Coruniversitaria.El Poirá Editores S.A; 2004
29. Rojo Pérez N, Valenti Pérez C, Martínez Trujillo N, Morales Suárez I, Martínez Torres E, Fleitas Estévez I. Ciencia e innovación tecnológica en la salud en Cuba: resultados en problemas seleccionados. Rev. Panam Salud Pública., [Internet], 2018 [citado 23 feb. 2020]; 428 (1) [Aprox. 10p]. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.32>

30. Centeno C. Historia de los cuidados paliativos y el movimiento Hospice. Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2013. Disponible en: <http://www.masterpaliativos.com/Arch./XII/course/files/Taller/Marzo/2010/Bib/MovHospice.pdf>
31. Oldevilla V. El cuidado paliativo: evolución histórica. Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones; 2015. Disponible en : http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001072.pdf
32. Saunders C. Foreword. In: Addington–Hall J, Higginson I, editors. Palliative care for non-cancer patients. Oxford: Oxford University Press; 2001. Disponible en: <https://www.eprints.soton.ac.uk/>
33. Conde J. Los Cuidados Paliativos: sus raíces, antecedentes, e historia desde la perspectiva cristiana; 2014. Disponible en <http://www.archimadrid.es/dpsanitaria/pontificio/PDF./...65/58.pdf>
34. Sanz. Historia de la Medicina Paliativa. MED. PAL. Madrid [Internet].1999 [citado 23 feb. 2020]; 6 (2): [Aprox. 6p]. Disponible en <https://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7401277>
35. Centeno C. Historia los cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2014. Disponible en: https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos_-algunos-precedentes-historicos
36. Bayes R. Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. Rev....Medicina Paliativa. [Internet].2000 [citado 23 feb. 2020]; 7(3): [Aprox. 4p]. Disponible en: <https://www.scholar.google.com>
37. Montes de Oca GA. Historia de los Cuidados Paliativos. Rev. Universitaria México. [Internet].2006 [citado 23 feb. 2020]; 7(4): [Aprox.12p]. Disponible en: www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf

38. Llauradó Sanz G. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. [Internet]. 2014 ene. - mayo. [Citado 23 feb. 2020]; 8(1). [Aprox.4p]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100006&lng=es.
39. Zurriarain R G. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. pers.bioét. [Internet]. 2019 Dec; 23(2): 180-193. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222019000200180&lng=en. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.2>.
40. Runzer-Colmenares F M, Parodi J F, Pérez-Agüero C, Echegaray K, Samamé J C. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. Acta méd. Perú [Internet]. 2019 abr [citado 2020 Jun 12]; 36(2): 134-144. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200010&lng=es.
41. Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Interfaces Acta Bioéticas. [Internet].2006 [citado 23 feb. 2020]; 12(2): [aprox. 11p]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n2/art12.pdf>.
42. García M. Pensar en paliativo. Estudio cualitativo de la experiencia de profesionales médicos y enfermeros en la asistencia al enfermo terminal en Granada y provincia. [Tesis]. España: Editorial de la Universidad de Granada. Andalucía; 2008 Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t93.pdf>
43. Gómez Esteban R. El médico frente a la muerte. AEN [Internet].2011. [Citado 23 feb. 2020]; 32(113): [Aprox.15p] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?S0211-573520120001000>

44. O'Callaghan V, Wuellner L. Understanding Palliative Care. A guide for people with cancer, their families, carers and friends. Cáncer Council NSW. Woolloomooloo. Australia; 2011. Disponible en: <http://www.cancercouncil.com.au>
45. Da Costa G. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Organización Panamericana de la Salud. Programa. Panamá: Editora Sibauste.; 2011. Disponible en: <http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/Cuidados.pdf>.
46. Semeniuk G. Prólogo. En: De Simone G, Tripodoro V. Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas. Manual para estudiantes de la Carrera de Medicina. Buenos Aires: Editorial Pallium Latinoamérica; 2004. P.2-5 Disponible en: <http://www.portalsida.org/repos/1-manual.pdf>
47. Gómez M, Ojeda M. Cuidados Paliativos: Control de Síntomas. Equipo Profesional del Servicio de Medicina Paliativa Hospital Maciel. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Montevideo Uruguay; 2014.
48. Camargo R. Transición de los cuidados curativos a cuidados paliativos en el enfermo con patología terminal crónica no transmisible o en el enfermo crítico crónico. Rev. MED. [Internet]. 2014; [Citado 22 feb. 2020]; 1(36). [Aprox.4p.]. Disponible en: <http://scholar.google.com/cu/scholar>
49. Contreras Orozco A, Rodríguez González K, Martínez Y. Situación de enfermería: hacia un cuidado holístico. Cultura [Internet].2018. [Citado 22 feb. 2020]; 14(2): [Aprox.9p.]. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/4612>
50. Getino-Canseco M. La espera. El proceso de morir en el mundo de los cuidados paliativos. Antropología Social y Cultural. [Tesis]. España: Departamento de Antropología y Prehistoria. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Autónoma de Barcelona.; 2009

51. OMS. Fortalecimiento de los cuidados paliativos a lo largo de la vida. Asamblea mundial de la salud. Documento de trabajo. Abril 2014. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_31-sp.pdf
52. Delgado Ospina J A. Cuidados paliativos para pacientes oncológicos con calidad de vida un reto para el profesional de enfermería. [Tesis]. Colombia: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Facultad Ciencias de la Salud. Bogotá; 2017.
53. MC Murray NJ V, Pfeffer M A. Insuficiencia cardiaca: tratamiento y pronóstico. En: Tratado de medicina interna. España: Editorial Elsevier; 2014.
54. Marino J, Barinsani JL, Thierer J. Consenso de Insuficiencia Cardíaca Crónica. Rev. Argent Cardiol. [Internet]. 2016. [Citado 23 feb. 2020]; suplemento 3 (84): [Aprox.5p.]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/.../consenso-de-insuficiencia-cardiaca-cronica-2016-1.pdf>
55. Umaña-Giraldo H J, Buitrago-Toro K, Jiménez-Salazar S, Echeverry-Bolaños M. Etiología de la insuficiencia cardíaca crónica. Rev. Médica Risaralda [Internet]. 2017 dic [Citado 20 feb.2019]; 23 (2): [Aprox.7p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0122_06672017000200009&lng=en
56. Villar R. Escala NYHA Valoración funcional de Insuficiencia Cardíaca. New York Heart Asociación): Departamento de Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. La Coruña; 2016. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/nyha.pdf>
57. Silva Andino S M, Lunares Ochoa N E. Actualización en insuficiencia cardíaca: nuevas guías terapéuticas. Rev. MED. Hondur. [Internet].2018 [Citado 25 feb.2020].1y 2 (86): [Aprox.5p.]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/>
58. Chávez Alfonso Ch, Centurión O A. Conceptos epidemiológicos, manejo diagnóstico y farmacológico de la insuficiencia cardiaca congestiva crónica. Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int.

- AEN [Internet].2019 mar [Citado 23 feb. 2020]; 6(1): [aprox.10p]. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rvspmi>
59. Esteban Fernández A, Fernández Cissal A, Gómez de Diego Vicent Alaminos ML, Vidal Pérez R. Cardiología hoy: Resumen anual de los avances en investigación y cambios en la práctica clínica. Sociedad Española de Cardiología; 2018. Disponible en: <https://secardiologia.es/images/publicaciones/.../cardiologia-hoy-2018.pdf>
60. Watkins D, Poggi R, Augustovski F, Brouwer E, Pichon A, Rubinstein A. El costo-efectividad de las intervenciones y políticas para el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en América Latina y el Caribe: revisión sistemática. En: Organización Panamericana de la Salud. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington; 2017
61. Lodoño E. Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. Rev. Cub. Sal. Púb. [Internet]. 2017[Citado 23 feb. 2020]; 43(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/>
62. Dueñas Herrera A, Armas Rojas N, Henry Vera G, Martínez Fernández C. Mortalidad Prematura por Enfermedades Cardiovasculares en Cuba. Rev. Cub. Cardiol Cir. Cardiovasc. [Internet]. 2018 [Citado 23 feb. 2020]; 24(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/819>
63. Campos-Calderón C. Establecimiento de la situación de enfermedad terminal en enfermedades oncológicas y no oncológicas: estudio retrospectivo con historias clínicas. Rev. Medicina Paliativa. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [Internet] .2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.04.002>.

64. León Román C A. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev. Cubana Enfermería. [Internet]. 2006 dic. [Citado 23 feb. 2020]; 22(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es
65. Elers Mastrapa Y. Modelo de relación enfermera-paciente-cuidador, en el servicio hospitalizado de geriatría. [Tesis] – La Habana: Editorial Universitaria; 2017
66. Naranjo Y. Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad. [Tesis]. Habana: Facultad de Enfermería "Lidia Doce". Universidad Ciencias Médicas; 2016
67. Moreno D. Modelo de atención de enfermería para la gestión del cuidado en la especialidad de Oftalmología: [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2017
68. Acosta L. Modelo para el mejoramiento del desempeño profesional y humano de los técnicos de enfermería, desde la ética del cuidado. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Enfermería; 2018
69. Alonso O. Modelo de cuidados de enfermería en la atención a los pacientes con afecciones traumatológicas y ortopédicas. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Enfermería; 2017
70. Borges L. Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2016
71. Cruz A. Modelo de gestión del riesgo en la atención de Enfermería para la seguridad del paciente con enfermedad cerebrovascular: [Tesis]. La Habana: Universidad Médica; 2019
72. Cruz E. Modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de; 2019

73. Vázquez Y. Autocuidado de pacientes hemodializados desde su cuidador: [Tesis]. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce. Universidad de Ciencias Médicas de; 2017
74. Anguita M. Reflexiones acerca de los cuidados paliativos en el paciente de edad avanzada con insuficiencia cardiaca; 2017 Disponible. en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5902122>
75. Narro Robles JR, Ancer Rodríguez J, Moreno JC. Guía de manejo Integral de cuidados paliativos Instituto Nacional de Cancerología. México; 2018 Disponible en: <https://www.geriatria.sld.gob.mx>
76. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería. Rev. Enf. Inst. Mex. Seguro Soc. [Internet]. 2017; [Citado 23 feb. 2020]. 25(2): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7099535>
77. Mastrapa YE, Gibert Lamadrid MD. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev. Cubana Enf. [Internet]. 2016; [Citado 23 feb 2020] 32(4): [aprox. 1 p.] Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
78. Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. Rev. Cubana Enf. [Internet]. 2017; [Citado 23 feb. 2020] 33(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091>
79. Becker C, de Carvalho P. Las cuestiones éticas relacionadas con las preferencias del paciente en los cuidados paliativos. Rev. Bioética [Internet]. 2014; [Citado 23 feb. 2020] 22 (2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222011>

80. Espinosa Aguilar A, Gilbert Lamadrid MD, Oria Saavedra M. El desempeño de los profesionales de Enfermería. Rev. Cubana Enf. [Internet]. 2016; [Citado 23 feb. 2020] 32(1): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/823>
81. Elers MY, Gilbert LMP. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev. Cuba Enf. [Internet]. 2016; [Citado 23 feb. 2020] 32(4): [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1132-12962018000300008>
82. Rodríguez-Jiménez S, Cárdenas-Jiménez M, Pacheco-Arce A L. Ramírez-Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Rev. Enf. Univ. [Internet]. 2014; [Citado 23 feb. 2020]; 11(4): [aprox. 8p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid/S166570632014000400005&lng=es
83. Orbegozo A, Astudillo W. La enfermería y la filosofía de los cuidados al final de la vida. España: Editorial Donostia-San Sebastián; 2003. Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/enfermeria-paliativa/.pdf>.
84. Canga A., Esandi N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. Rev. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2016 ago. [Citado 23 feb. 2020]; 39(2): [aprox. 3p]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1137-6272016000200016>
85. León C. Nuevas teorías en Enfermería y las precedentes de importancia histórica. Rev. Cubana de Enf. [Internet]. 2017[Citado 23 feb. 2020]; 4(33): [aprox. 4p]. Disponible en: <https://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/1587>
86. Romero Pérez T, Abreu Ruiz G, Bermejo Ben W, Monzón Fernández A. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Pautas para la gestión de implementación. Rev. ECIMED.

- [Internet]. 2017[Citado 23 feb. 2020]; [aprox. 2p]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-972202>
87. Vázquez-Llanos A, Díaz-Campos N, Pérez-Rondón Y. Diagnóstico psicosocial para la prevención del cáncer en la atención primaria de salud. Arch. Méd. Camagüey [Internet]. 2019 [Citado 23 feb.2020]; 23 (5): [aprox.11p.] Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6487>
88. Fernández Ferrin C, Luis Rodrigo MT, Navarro Gómez MV. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. España: Barcelona; 2005 Disponible en: <https://scholar.google.com.cu>.
89. Ortega Corona P, Pérez Bohórquez Y, Paúl Serrano AA. Breve historia de la vida de Virginia Henderson. España: Barcelona; 2012. P.978-84 Disponible en: <https://formacionasunivep.com/>
90. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier; 2015.
91. González Rodríguez R. "Actualización del modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson y su aplicación al estudio de las necesidades básicas de la población del Campo de Gibraltar." España: Cádiz; 2015 Disponible en: <https://rodin.uca.es/handle/10498/18056>
92. Naranjo Hernández Y, Rodríguez Larrinaga M, Concepción Pacheco JA. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Rev. Cuba Enf. [Internet]. 2016; 32(4): [aprox.11p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>
93. Naranjo Hernández Y, Jiménez Machado N, González Meneses L. Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. Rev. AMC [Internet]. 2018 abril. [Citado 23 feb. 2020]; 22(2): [aprox.12p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200013

94. Creswell, John W. "Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto; tradução Magda Lopes." Porto Alegre: Artmed ; 2010 Disponible en: <https://scholar.google.com.cu/>
95. Hernández Sampieri R. Selección de la muestra. En: Metodología de la investigación. México: Mcgraw-hill / Interamericana; 2014. p. 170-392. Disponible en: www.elosopanda.com
96. Solís Solís S. Modelo de evaluación del desempeño profesional del licenciado en higiene y epidemiología. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas Facultad de Tecnología de la Salud.; 2017
97. Serra-Prat M, Nabal M, Santacruz V, Picaza, J. M, Trelis J. Traducción, adaptación y validación de la Palliative Care Outcome Scale al español. Rev. Medicina Clínica [Internet]. 2004; 123(11): [Aprox.6p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/>
98. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? Anales Sis San Navarra [Internet]. 2011 abr; 34(1): [Aprox.9]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1137-66272011000100007>
99. Rodríguez Perón JM, Aldana Vilas L, Villalobos Hevia N. Método Delphi para la identificación de prioridades de ciencia e innovación tecnológica. Rev. Cubana MED. Mil [Internet]. 2010 dic. 39(3-4): [Aprox.12]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-5572010000300006>
100. Galicia Alarcón L A, Balderrama Trápaga J A, Edel Navarro R. Content validity by experts judgment: Proposal for a virtual tool. Apertura. Guadalajara, Jal. [Internet]. 2017. [Citado 23 feb. 2020]; 2 (9): [Aprox.11]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/>
101. Martínez Corona J, Palacios Salmón G E, Juárez Hernández, I G. Diseño y validación del instrumentó” enfoque directivo en la gestión para resultados en la sociedad del

- conocimiento” Rev. Espacios. [Internet].2020 [Citado 23 feb. 2020]; 1(41); [Aprox.13p.]
Disponible en: <https://www.revistaespacios.com>
102. Moriyama IM. Indicator of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Rusell Sage Foundation; 1968
103. Soler Cárdenas S F. Coeficientes de confiabilidad de instrumentos escritos en el marco de la teoría clásica de los tests. Educ. MED. Super [Internet]. 2008 jun; 22 (2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864-21412008000200006>
104. Crespo Borges T. Métodos de la prospectiva en la investigación pedagógica. La Habana: Editorial Educación Cubana; 2013
105. Spipp JP, Marri D, Llanes I A, Rivas F, Riernersman C N. Validación de un instrumento para identificar conocimientos y prácticas maternas de alimentación complementaria en una población vulnerable Rev Esp Nutr Comunitaria [Internet].2020 [Citado 23 feb. 2020]; 26(2): [Aprox.10p.]. Disponible en: <https://www.ri.conicet.gov.ar>
106. Crespo Leiro MG, Delgado Jiménez JF. Insuficiencia cardíaca y edad. Respuesta. Rev. Esp. Cardiol. [Internet].2016 [Citado 23 feb. 2020]; 2(69): [Aprox.8p.]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org>
107. Salvadó-Hernández C, Cosculluela-Torres P, Blanes-Monllor C, Parellada-Esquius N, Méndez-Galeano C, Maroto-Villanova N. et al. Insuficiencia cardíaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado atención primaria. [Internet]. 2018. [Citado 23 feb. 2020]; 50(4): [Aprox.8p.]. Disponible en: <https://www.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.008>
108. Berreta JA. Insuficiencia cardíaca en el adulto mayor. Rev. Arg. De Gerontología y Geriatria [Internet].2018 abril – Julio. [Citado 23 feb. 2020]; 1 (32): [Aprox.13 p.]. Disponible en: [www.sagg.org.ar/wp/wp-content/...](http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/)

109. Saldarriaga CI. Insuficiencia cardiaca en la mujer. Rev. Colombiana de Cardiología. [Internet].2018 ene [Citado 23 feb. 2020]; Supl. 1. (25): [Aprox.4p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>
110. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Insuficiencia cardiaca crónica. Rev. Argentina de Cardiología. [Internet]. 2016. Oct. [Citado 23 feb. 2020]; Supl.3 (84): [Aprox.50p.]. Disponible en: <https://www.old2.sac.org.ar>
111. Centeno C. Calidad de Vida y Factores Sociodemográficos Asociados en Pacientes con Diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca Crónica Atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2016 – 2018. [Tesis]. PERU: Tacna; 2019. Disponible en: <https://www.repositorio.upt.edu.pe>
112. Ciapponi A, Calderón M, Alcaraz A, Matta MG, Chaparro M, Soto N.et al. Carga de la insuficiencia cardiaca en América Latina. Rev. Esp. Cardiol. [Internet].2016 [Citado 23 feb.2020]; 69(11): [Aprox.9p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>
113. Chan H, Yu D, Leung D, Chan A, Hui E. Calidad de vida y necesidades de cuidados paliativos de los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca avanzada. Rev. De cardiología geriátrica [Internet].2016 [Citado 23 feb.2020]; 13(5); [Aprox.4p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/>
114. Gill hilan R, Qawi S, Wei Miller, Puchalski C. Angustia espiritual y cuidado espiritual en insuficiencia cardíaca avanzada. Revisiones de insuficiencia cardíaca [Internet]. 2017 [Citado 23 feb.2020]; 22 (5); [Aprox.10p.]. Disponible en: <https://www.scholar.google.com.cu>
115. Selma L, Brighton L, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P. Necesidades, experiencias, preferencias y preferencias de pacientes y cuidadores prioridades de investigación

- en el cuidado espiritual: un estudio de grupo focal en nueve países. Medicina paliativa; 2017.p.1-15. Disponible en: <http://www.scholar.google.com.cu>
116. Andrade R, Pérez V, Silvera G. Manejo de las Comorbilidades en la insuficiencia cardíaca. Rev.Urug. Cardiol. [Internet]. 2018 abril. [Citado 7 abr. 2021; 33(1): [Aprox.20p.]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy.scielo>
117. Castro Fernández A, Vivanco Marquina CF. Co morbilidades e insuficiência cardíaca. Cardiocore. [Internet]. 2015 ene-mar [citado 7 abril.2021; 1(50): [Aprox.10p.]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy.scielo>.
118. Manzano L, Franco González A. Insuficiencia cardíaca con función preservada. Revisión del tema y comunicación de la experiencia española. Rev.Urug. Cardiol. [Internet].2017 dic. [Citado 7 abr. 2021]; 32(3): [Aprox.16 p.]. Disponible en: <https://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1688>
119. Gastelurrutia P, Zamora E, Ruiz S, González-Costello G, Gómez-Batiste X. Necesidad de cuidados paliativos en insuficiencia cardiaca: estudio multicéntrico utilizando el cuestionario NECPAL.Rev. Española de Cardiol. [Internet].2019. [Citado 7 abr. 2021]; 10 (72): [Aprox.3 p.]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-necesidad-cuidados-paliativos-insuficiencia-cardiaca-articulo-S0300893219300569>
120. Perez-Romero JL, Sadek M. I, Madrona Marcos F, Peiró Monzón F, Octavio Sánchez R, Villar Inarejos MJ.et al. Insuficiencia cardiaca la epidemia en el medio rural: características y manejo en un centro de salud rural de Albacete. JONNPR. [Internet]. 2020. [Citado 7 abr. 2021]; 5(8): [Aprox.27p.]. Disponible en: <http://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3637>

121. Grau Abalo J A. Psicología de la Salud y enfermedades crónicas: El gran desafío. Conferencia magistral en el VII Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud. ALAPSA. Colombia: Cáliz; 2016
122. Grau Abalo J A. Factores psicosociales y enfermedades crónicas: el gran desafío. Rev. Latinoamericana de Medicina conductual. Universidad Autónoma de México. [Internet]. 2016. [Citado 7abr.2021]; 2 (6): [Aprox.9p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/>
123. Alarcón Rodríguez A, Carreño Moreno S, Arias Rojas M. Percepción de carga de la enfermedad en la persona con enfermedad crónica. Rev. Cien. Enferm. [Internet]. 2019 [citado 8 abr. 2021]; 19(25): [Aprox.8p.]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo>
124. Adrián-Arrieta L, Casas-Fernández de Tejerina JM. Autopercepción de enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas. Rev.Medicina de Familia – SEMERGEN. [Internet]. Jul. – ago. 2018 [citado 8 abr. 2021]; 5(44): [Aprox.6p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/revista-medicina-familia-semergen-4>
125. Célanos CM, Villegas A C, Albanese A M. Depresión y ansiedad en la insuficiencia cardíaca: una revisión. Harvard Review of Psychiatry. [Internet]. 2018 [citado 8 abr. 2021]; 4(26): [Aprox.9p.]. Disponible en: <https://scholar.google.com.cu>
126. Azevedo C, Pessalacia J D R, Mata L R F, Zoboli E L C P, Pereira M G. Las interfaces entre apoyo social, calidad de vida y depresión en usuarios elegibles para cuidados paliativos. Rev. Esc. Enferm.USP [Internet].2017 [citado 8 abr. 2021]; (51): [Aprox.5p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext &pid=S0080->
127. Pereira-Rodríguez JE, Velázquez-Badillo X, Peñaranda-Flores DG, Pereira-Rodríguez R, Pereira-Rodríguez P, Ceballos-Portilla LF.et al Depresión y ansiedad en falla cardíaca: ¿existen diferencias según el grupo muscular rehabilitado? Ensayo clínico aleatorizado (Strong

- 0 Trial). Acta Méd. Centro [Internet]. 2020[citado 8 abr. 2021]; 14(4): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1156>
128. Ormaechea G, Álvarez P. Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Conceptos generales y aportes de una unidad nacional. Rev.Urug. Cardiol. [Internet]. 2018; [citado 8 abr. 2021]; 1 (33): [Aprox.35p.] Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo>.
129. Xavier S D O, Ferretti-Rebustini R E D L. Características clínicas de la Insuficiencia Cardíaca asociadas a la dependencia funcional en la admisión de los adultos mayores hospitalizados. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. [Internet]. 2019. [citado 8 abr.2021]; (27). [Aprox.7p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2869-3137>
130. Pereira CC, Martínez Figueroa JA, Gutiérrez Rojas AR, Pérez Goelkel SJ, Roselló Azcanio Y. Obesidad y mortalidad en hombres con insuficiencia cardíaca. Rev. Cuba. Cardiol. Cir. Cardiovasc. [Internet]. 2020[citado 8 abr. 2021]; 4(26): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/>
131. Pereira CC, Martínez Figueroa JA, Gutiérrez Rojas AR, Pérez Goelkel SJ, Roselló Azcanio Y. Obesidad y mortalidad en hombres con insuficiencia cardíaca. Rev. Cuba. Cardiol. Cir. Cardiovasc. [Internet]. 2020[citado 8 abr. 2021]; 4(26): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/1003>
132. Bizzozero Peroni B, Díaz Goñi V. Entrenamiento Aeróbico y de Fuerza Combinado comparado con Aeróbico solamente en la Rehabilitación de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Rev. Cuba. Cardiol. Cir. Cardiovasc. [Internet]. 2020 [citado 8 abr. 2021]; 4(26): [aprox. 14p.]. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/970>

133. Huamán Guerra AG. Asociación entre el cumplimiento y adherencia al tratamiento con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. Rev. Enferme. Cardiol. [Internet]. 2019. Sep. [Citado 8 abr. 2021]; 78(29): [aprox. 7p.]. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/revista>
134. Medina González I, Chacón Reyes E, Hernández Quintero O. Conocimientos de los enfermeros del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico sobre cuidados paliativos. Rev. Medisur [Internet]. 2015 ago. [Citado 8 abr.2021]; 4(13): [aprox.7p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext &pid=S1727->
135. Ortega-Guerrero D, Ortega-Cantero JA, Guerrero-Castañeda R Conocimientos sobre cuidados paliativos en un grupo de enfermeras en México. Rev. Colombiana de Enferm. [Internet]. 2019 [citado 8 abr.2021]; 1(18): [aprox.7p.]. Disponible en: <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/2368>
136. Álvarez Alarcón V G. Conocimiento del enfermero sobre cuidados paliativos en el paciente con cáncer terminal en el Hospital Militar Central. [Tesis]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2019
137. Samaja J. La triangulación metodológica (Pasos para una comprensión dialéctica de la combinación de métodos). Rev. Cubana Salud Pública. [Internet].2018 jun. [Citado 8 abr.2021]; (44): [aprox.12p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid>
138. Fantova Azcoaga F. Construyendo la intervención social. España Papeles del Psicólogo. [Internet]. 2018. [Citado 8 abr.2021]; 39(2): [aprox.7p.]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/>.
139. Vázquez Llanos A, Díaz Campos N, Pérez Rondón Y, Reyes Vasconcelos L. Fundamentos teóricos para la intervención psicosocial en la prevención del cáncer en el consejo

- popular San Juan de Dios. Rev. Hum MED [Internet].2018 dic. [citado 8 abr.2021] 18(3): [aprox.20p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1727->
140. Bustillo Mª L, Gómez-Gutiérrez M, Guillén A I. Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. Rev. Clínica y Salud [Internet]. 2018; [Citado 8 abr.2021]; 29(2): [aprox.21p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1130527420>
141. González Caballero J. Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de la salud laboral: Ejemplos de prescripción enfermera. MED. Secur. Trab. [Internet]. 2010 dic. [Citado mayo. 2019 abr. 09]; 221(56):[aprox.16p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0465->
142. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). España: Casa del libro Elsevier; 2009 Disponible en: <https://www.scholar.google.com.cu/>
143. Dandicourt Thomas C. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. Rev. Cubana MED. Gen Integr. [Internet]. 2018 Mar [Citado 9 abr.2021]; 34(1): [aprox.7p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci arttext&pid=S0864>
144. Bermúdez Morris R, Pérez Martín M, Travieso Valdés D, Armas Velasco C B, Arzuaga Ramírez M. El pensamiento de Lev Semiónovich Vygotsky, su vigencia en la educación; .2016. Disponible en: <https://www.researchgate.net/.../325022475>
145. Comité Central del Partido. Actualización de los lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución período 2016/2021.En: Cubadebate. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/wp-content/uploads/2016/09/.pdf>

146. Espín Andrade AM. Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. La Habana. 2003 – 2009 [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2010 Disponible en: <http://www.tesis.repo.sld.cu/251/>
147. Enríquez González C, Torres Esperón J M, Alba Pérez L C. Intervención educativa en la comunidad para cuidadores de infantes con déficit de atención e hiperactividad. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2019
148. San Sebastián Moreno K M. Impacto de la atención paliativa en el grado de satisfacción percibida por los familiares del paciente en situación de final de vida. [Tesis]. España: Universidad del país Vasco; 2016 Disponible en: <https://addi.ehu.eus/handle/>
149. Obando Karol S R. Estrategias educativas sobre cuidados paliativos en los pacientes adultos mayores del centro de salud Taba cundo. [Tesis]. Ecuador: Universidad del país Vasco; 2019 Disponible en: <https://www.dspace.uniandes.edu.ec>
150. Balaguer Madrid G. Evolución de la enfermería y aparición de nuevos roles: Rol de la enfermera de Cuidados Paliativos. [Tesis]. España: Universidad Internacional de Cataluña; 2014 Disponible en: <https://www.scholar.google.com.cu/>
151. Rodríguez LN, León LI, Montero RG. Cuidados paliativos en Personal de Enfermería. Manzanillo. Rev. Mul. MED. [Internet]. 2018. [citado 9 abr. 2021]; 22(1): [aprox.12p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/>
152. Rodríguez Cruz O, Expósito Concepción M Y. La enfermera y los cuidados al final de la vida. Rev. Cubana Enferme. [Internet]. 2018 dic. [Citado 9 abr. 2021]; 34(4): [aprox.5p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864>
153. Guevara-Valter MC, Santos-Flores JM, Santos-Flores I. Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud. Rev.

CONAMED. [Internet].2017. [Citado 9 ene.2019];22(4): [aprox.3p.]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/>

154. Pontí E, Sáez N, Angeloni L S, Álvarez M, Mincone F, Cicerone F. Conocimiento de Enfermería en la valoración y revisión continua de los síntomas en cuidados paliativos. Educ. Med.Super. [Internet]. 2019 sep. [Citado 2020 abr. 09]; 3(33): [aprox.16p.]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864->

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

Anguita M. Reflexiones acerca de los cuidados paliativos en el paciente de edad avanzada con insuficiencia cardíaca [Internet]. 2017. Disponible en:

<https://espanol.medscape.com/verarticulo/5902122>

Brancacho Palomino R A. Intervención de enfermería en la mejora del tratamiento a pacientes con insuficiencia cardíaca Hospital II Es Salud Huánuco 2017. [Tesis]. Perú. 2018. Disponible en

<https://scholar.google.com/>

Cejudo Y. Competencias de enfermería en las Unidades de Cuidados Paliativos en España. La Laguna. España: Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería. [Tesis]. Universidad de la Laguna; 2017 Disponible en: <https://www.scholar.google.com/>

Gómez Ramírez O, Carrillo González G, Arias E. Teorías de enfermería para la investigación y la práctica en cuidado paliativo. Rev. Latinoamericana De Bioética. [Internet]. 2017 [Citado 10 ene 2020]; 17(1): [Aprox 10 p]. Disponible en: <https://www.scholar.google.com>

González-Robledo G. Cuidado paliativo en falla cardíaca. Rev. Colombiana de Cardiología [Internet]. 2017 [Citado 10 ene 2020]; 24 (3): [Aprox 10p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pdf/S0120563316302893>.

Salinas Castro E M, Rodríguez Tinoco EL. Proceso de atención de enfermería en paciente con insuficiencia cardíaca congestiva. BS [tesis]. Machala: Universidad Técnica de Machala, 2020 Disponible en: <https://www.scholar.google.com/>

Balbín Macha M E. Cuidado de enfermería en paciente con insuficiencia cardíaca congestiva, en el servicio de emergencias del hospital María Auxiliadora. 2018

Orellana Sorroza R M. Cuidados inmediatos de enfermería a pacientes adultos mayores con insuficiencia cardíaca congestiva en el servicio de emergencia del Hospital II CAÑETE-ESSALUD. 2015-2017. [tesis]. 2018 Disponible en: <https://www.scholar.google.com>

Fascioli A. Los cuidados paliativos al final de la vida: Expresión del conocimiento del otro. Enfermería. [Internet]. 2016 dic [Citado 10 ene 2020]; 5(2): [Aprox 7p]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sciarttext&pid=S2393-66062016000200007&lng=es>

Reyes Morales D A. Desarrollo del proceso de atención de enfermería en paciente adulto mayor con insuficiencia cardíaca. BS [tesis]. Babahoyo Ecuador: UTB, 2019 Disponible en: <https://scholar.google.com>

Mamani Huilca N. "Cuidado de enfermería en la persona con insuficiencia cardíaca congestiva, Servicio de Medicina, Hospital Antonio Lorena–Cusco 2017." [Tesis]. Universidad de Chimborazo.2018. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6097>

Hernández Manchado P. "Adherencia terapéutica en los pacientes con insuficiencia cardíaca." Enfermería y Fisioterapia. [Tesis]. Universidad de Salamanca España .2018. Disponible en: <http://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/137603>

Travieso N. Los resultados científicos en las investigaciones biomédicas: un desafío pendiente. MEDISAN [Internet]. 2017 [Citado 10 ene 2020]; 25(11): [Aprox 611p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S102930192017000500016&lng=es>.

Álvaro Romero R. "Rol de la Enfermería en la Rehabilitación Cardíaca de pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica." [Tesis]. Universidad de Cantabria España .2019. Disponible en: <https://www.repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/16983>

Jonathan M, Guambo Vinlasaca M V. Acciones de enfermería en el adulto mayor con insuficiencia cardíaca." [Tesis]. Universidad de Riobamba Ecuador.2019. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6097/1/2019-0039.pdf>

Arruda CS, Pereira J M, Figueiredo LS, Dantas AC. Efecto del grupo de orientación en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: ensayo clínico aleatorizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [Citado 23 dic 2019]; 25: [Aprox 1p]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S010411692017000100419&lng=en>

Sousa A M, Lima Alice B S, Pascoal Lívia M, Soares Chaves RE, Rolim Isaura L. Débito cardíaco disminuido: mapeo cruzado de las intervenciones de enfermería y su contribución en la práctica clínica. Enferm. Glob. [Internet]. 2019 [citado 23 dic 2019]; 18(56): [Aprox 40p]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php/scipid=S169561412019000400012&lng=es>

García NI, Fernández A. "Medición de la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Cardíaca incluidos en el proceso asistencial integrado en el Área de gestión sanitaria este de Málaga-Axarquía." NURE investigación: Rev. Científica de enfermería. [Internet]. 2020 [Citado 13 ene 2020]; 17(107): [Aprox 8p]. Disponible en: <https://www.scholar.google.com>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

No	Títulos
1	Consentimiento informado Consentimiento informado de la Dirección Municipal de Salud Consentimiento informado de la dirección del Policlínico XXX Aniversario de la caída en combate del Guerrillero Heroico y sus compañeros Consentimiento Informado de los pacientes Consentimiento Informado de la familia Consentimiento Informado del Personal de Enfermería Declaración del consentimiento informado del Personal de Enfermería para participar en el curso de superación
2	Dictamen de evaluación de investigación del Comité de Ética
3	Aval del Consejo Científico
4	Solicitud de autorizo al Dr. Serra-Prat M
5	Cuestionarios empleados en la investigación Cuestionario de cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica en la APS Cuestionario para expertos Cuestionario para el Personal de Enfermería Cuestionario para determinar coeficiente de competencia de los expertos y algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los expertos Cuestionario para la selección de los expertos que validan la Intervención de Enfermería
6	Tablas del diagnóstico de las necesidades de los pacientes con ICC
7	Gráficos de las enfermedades asociadas y antecedentes familiares de los pacientes con ICC
8	Tablas del diagnóstico del Personal de Enfermería
9	Guía de observación
10	Entrevista, de tipo semiestandarizada a la familia

- 11** Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica
- 12** Intervención de Enfermería educativa a un grupo de pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica
- 13** Trípticos
Tríptico para el paciente: "Cómo aprender a vivir mejor con Insuficiencia Cardíaca Crónica"
Tríptico para la familia: "Cómo cuidar a un familiar con Insuficiencia Cardíaca Crónica"
- 14** Curso de superación: Introducción a los cuidados paliativos en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, en la APS
- 15** Aprobación y acreditación de curso de superación por el Consejo Científico
- 16** Algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los expertos
- 17** Caracterización del grupo de expertos
- 18** Valoraciones de expertos
Valoración de los expertos por aspectos de la Intervención de Enfermería
Valoración por criterios de los expertos por rondas
Valoración de los expertos. Análisis de frecuencias

ANEXO 1. Consentimiento informado

Consentimiento informado a la Dirección Municipal de Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD

A: Dr Orlando Álvarez Núñez
Director Municipal de Salud
Remedios

Yo, Amarelys Rodriguez León, de nacionalidad cubana con C.I:72120503536, realizo una investigación cuyo título es: Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica. Municipio Remedios.

Con el objetivo de diseñar una intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica que correspondan con las exigencias de la sociedad cubana en la actualidad.

Le solicitamos a usted el consentimiento informado para la realización de la investigación en el municipio, la misma no tiene fines de lucro, solo investigativo.

Por la atención mi agradecimiento.

Lic. Amarelys Rodríguez León



Dr. Orlando Álvarez Núñez
Director Municipal de Salud
Remedios, Villa Clara

Consentimiento informado a la Dirección del Policlínico XXX Aniversario de la caída en combate del Guerrillero Heroico y sus compañeros, Remedios

CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA DIRECCION DEL POLICLINICO XXX ANIVERSARIO DE LA CAÍDA EN COMBATE DEL GUERRILLERO HEROICO Y SUS COMPAÑEROS, REMEDIOS

A: Dr. Jorge Luis Ferrer Espinosa

Director del Policlínico XXX Aniversario de la caída en combate del Guerrillero heroico y sus compañeros

Remedios

Yo, Amarelys Rodriguez León, de nacionalidad cubana con C.I:72120503536, realizo una

Investigación cuyo título es: Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica. Municipio Remedios.

Con el objetivo de diseñar una Intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica que correspondan con las exigencias de la sociedad cubana en la actualidad.

Le solicitamos a usted el consentimiento informado para la realización de la investigación

en el área de salud, correspondiente a dicho policlinico, la misma no tiene fines de lucro, solo investigativo.

Por la atención mi agradecimiento.

Lic. Amarelys Rodriguez León.



Dr. Jorge Luis Ferrer Espinosa
Director



Consentimiento Informado del paciente

Por este medio se le informa que ha sido seleccionado para participar en la investigación titulada: Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, de la investigadora Amarelys Rodríguez León, Licenciada en Enfermería.

La investigación contribuirá al cumplimiento de las exigencias del desarrollo científico actual con un perfil adecuado a las necesidades del país. Para la recopilación de la información se utilizará un cuestionario, que se completará de forma relativamente fácil y que permitirán precisar la opinión sobre diferentes aspectos relacionados con el estado de salud actual, así como con la satisfacción con los cuidados que se le brindan. Esta información tendrá carácter confidencial.

El participar en el estudio no representa peligro alguno para la salud física o emocional, pero es totalmente voluntaria, significa que se puede rehusar a participar o a contestar algunas de las preguntas que se realicen.

A partir del presente documento, manifiesto que: Estoy dispuesto a participar en el estudio, se me garantiza que toda la información tendrá carácter anónimo y sólo se utilizará con fines investigativos.

Conforme con todo lo expuesto firmo a continuación para expresar mi consentimiento:

Nombre y apellidos:

A los ____ días, del mes de _____, del año _____.

Firma del paciente _____

Gracias por su colaboración

Consentimiento Informado de la familia

Investigación: Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica.

Investigadora: Amarelys Rodríguez León, Licenciada en Enfermería, profesora Auxiliar

Estamos solicitando su cooperación voluntaria a participar en este estudio, que tiene como propósito: diseñar una Intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica

Su participación consistirá en responder a una entrevista, que de estar de acuerdo será grabada. Tendrá una duración de aproximadamente una hora. Durante la misma podrá opinar y contestar sobre la temática. La información obtenida será considerada confidencial, se respetará su anonimato y solo será empleada con los fines investigativos aquí declarados. Si alguna de las preguntas lo hacen sentir incómodo/a, podrá no responder, tendrá plena libertad de solicitar el fin de la entrevista, si así lo desea. Su nombre no va a utilizarse en ninguno de los informes o publicaciones que del estudio se hagan. Las grabaciones serán identificadas a través de un código individual asignado. Las que serán transcritas y posteriormente eliminadas.

Declaración de voluntariedad: Después de leer y entender el propósito de la investigación. Además de tener la oportunidad de preguntar dudas. Por otra parte, conocer que puedo contactar con la investigadora del estudio en el momento que así lo desee.

Acepto voluntariamente participar en el estudio Firma de la entrevistada/o:

Fecha:

Gracias por su colaboración.

Consentimiento Informado del Personal de Enfermería

Estimado enfermero (a), por este medio se le solicita su consentimiento informado para participar en la investigación titulada: Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, de la investigadora Amarelys Rodríguez León, Licenciada en Enfermería.

Su propósito es diseñar una Intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, pues las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte y la magnitud de este problema va en aumento, si se toma en consideración el incremento de la esperanza de vida al nacer de los cubanos y la disminución de la tasa de natalidad, lo que lleva a un envejecimiento progresivo de la población.

Para la recopilación de la información se utilizará un cuestionario, que se completará de forma relativamente fácil y que permitirán precisar el conocimiento de los cuidados paliativos. Esta información tendrá carácter confidencial

Su nombre no va a utilizarse en ninguno de los informes o publicaciones que del estudio se realicen.

Agradecida de su participación, firme la presente como muestra de su conformidad de participación en el estudio.

Fecha:

Nombre y apellido: _____

Firma: _____

Gracias por su colaboración.

Declaración del consentimiento informado del Personal de Enfermería para participar en el curso de superación

A: Personal de Enfermería

Por este medio se le solicita su consentimiento informado para participar en el curso de superación: Introducción a los cuidados paliativos en pacientes con ICC, en la APS.

El programa del curso se concibe para la entrega de conocimientos y habilidades que debe tener el Personal de Enfermería para ofrecer los cuidados paliativos y brindar una atención integral tanto al paciente como a su familia, capaces de afrontar las necesidades en las diferentes etapas de la enfermedad y en los variados ámbitos asistenciales.

El curso cuenta con un total de 192 horas, distribuidas en 14 horas de conferencias, 4 horas de seminario, 20 horas de clases taller, 144 horas de trabajo independiente y 8 horas de evaluación.

A partir del presente documento manifiesto que:

Estoy dispuesto(a) a participar en el curso de superación, para elevar mi nivel de competencia y desempeño, así como contribuir desde mi actuación a brindar una atención integral tanto al paciente como a su familia.

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Gracias por su colaboración.

ANEXO 2. Dictámenes y avales.

Dictamen de evaluación de investigación del Comité de Ética.

**Dictamen de evaluación de investigación
Comité de Ética municipal de Remedios.**

El Comité de Ética de la Investigación
CERTIFICA

Que ha evaluado desde el punto de vista ético, científico y metodológico investigación: Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica. Municipio Remedios
Bajo la dirección del investigador principal. Lic Amarelys Rodríguez León
Considerando que:
La propuesta presentada cumple; no cumple con los requisitos necesarios para su ejecución.
Otras consideraciones de interés: (de ser necesario al dorso)


Este Comité decide:
 Aprobar la ejecución de la investigación sin modificaciones.
 Aprobar la ejecución de la investigación tras realizar las modificaciones que se adjuntan a este documento.
 Que se reelabore y se vuelva a presentar al Comité.
 No aprobar la ejecución de la investigación por las razones que se recogen en el documento que se adjunta a este certificado.


Para que así conste, firman el presente certificado los miembros del CEI presentes en la evaluación:

Nombres y apellidos.
PRESIDENTE: MSc Lic NELIO HERRERA RODRIGUEZ
SECRETARIO: Dra ROSA MARIA RODRIGUEZ CORREA
MIEMBROS:
Dra SONIA PAULA GUERRA
Dra MARIA ELENA NUÑEZ LINARES
Msc lic YANET DEL CARMEN LOPEZ FAIFE

Dado en la ciudad de Remedios, a los 4 días del mes de Enero del año 2016,
a las 9:00 am horas.

Acuerdo: 13/2016



Firma: MSc Lic  HERRERA RODRIGUEZ
PRESIDENTE

ANEXO 3. Aval del Consejo Científico

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO INVESTIGACIÓN

Título: Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica. Municipio Remedios.

Nombre del autor: Lic Amarellys Rodríguez León

Nombre del tutor: Dr. C Roberto Garcés Gonzalez

Dr. C Ricardo Izquierdo Medina

Centro de trabajo: Policlínico Universitario XXX Aniversario de la Caída del Cuorillero Heroico y sus compañeros

Calidad del diseño metodológico, importancia del tema para el municipio y Factibilidad de ejecución

La investigación con diseño metodológico pre-experimental de tipo pre-test, test y post-test a un solo grupo en cuatro etapas (diagnóstico, diseño, implementación y evaluación de la intervención), propone como objetivo diseñar una Intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos a pacientes con insuficiencia Cardíaca Crónica, consideramos que cumple con la calidad, los requisitos establecidos en cuanto a la presentación y estructura. Los métodos propuestos integran de forma adecuada los objetivos trazados.

El tema es de importancia en el municipio porque responde a una problemática de salud existente, para abordar un problema de salud actual desde una concepción filosófica apoyada en los cuidados paliativos para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, en correspondencia con las exigencias de la sociedad y las prioridades del Ministerio de Salud Pública en la Atención Primaria de Salud.

Al introducirse los resultados, contribuye a la preparación, al mejoramiento en las relaciones sociales, favorece ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible, ayudan a la familia a ocuparse de la enfermedad del paciente, la sociedad cubana actual requiere de un Personal de Enfermería preparado técnicamente y profesionalmente con valores humanistas acorde a las exigencias del desarrollo científico contemporáneo; contaremos con herramientas imprescindibles dirigido al Personal de Enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, en la Atención Primaria de Salud contextualizado a la práctica para mejorar la atención primaria y mejor aprovechamiento de años de vida potencialmente perdidos y permitirá disminuir los costos de los tratamientos y de los días de estadios hospitalarios. La investigación tiene factibilidad de ejecución ya que existe disponibilidad de los recursos humanos y materiales.

Fecha: 19-12-2015

Aprobado por el acuerdo No 73 del pleno del CCM

Presidente C.C.M :Dra. María E.García Enriquez



Firma: *M. E. García Enriquez*

ANEXO 4. Solicitud de autorizo al Dr. Serra-Prat Mateu

<amarelysr72@gmail.com>
Para: mserra@cscdm.cat
[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Reenviar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)
Hola , buenas tardes , escribo desde Cuba , soy profesora de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara , curso mi doctorado en ciencias de la enfermería, me ha resultado muy interesante su investigación: Serra-Prat M. et al. Traducción, adaptación y validación de la Palliative Care Outcome Scale al español. Med clín (barc) 2004;123(11):406-12
Pues quisiera pedir su autorización para aplicar su Guía de Cuidados Paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, en la Atención Primaria de Salud ,en espera de su respuesta ,atentamente ,
Msc Amarelys Rodriguez León
Licenciada en Enfermería
Máster en Atención Primaria de Salud
Profesora Auxiliar
Investigador Agregado
Miembro Titular de la SOCUENF
[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Reenviar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

★ 26 de febrero de 2019, 9:03
Serra Prat, Mateu
<mserra@cscdm.cat>
Para: amarelys rodriguez <amarelysr72@gmail.com>
[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Reenviar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)
Apreciada Amarelys,
El POS es una herramienta para los cuidados paliativos. Su aplicación en pacientes con insuficiencia cardíaca sería correcta si estos pacientes evolucionados están en un programa de tratamiento paliativo. Por mi parte no hay ningún inconveniente, me parece muy interesante evaluar su utilidad en otro tipo de fenotipo de pacientes diferentes al paciente oncológico.
No dudes en contactar conmigo para cualquier duda.
Atentamente,
Mateu Serra-Prat
-----Mensaje original-----
De: amarelys rodriguez [mailto:amarelysr72@gmail.com]
Enviado el: jueves, 25 de febrero de 2019, 18:04
Para: Serra Prat, Mateu
Asunto: Saludos desde Cuba
ATENCIÓ : CORREU EXTERN de amarelysr72@gmail.com No obrir adjunts o clicar links si no esteu segurs del remitent o es reconeix el contingut del missatge. En cas de dubte, contacteu amb el Servei d'Informàtica.
[Mostrar texto citado](#)
[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Reenviar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

★ 26 de febrero de 2019, 12:46
amarelys rodriguez
<amarelysr72@gmail.com>
Para: "Serra Prat, Mateu" <mserra@cscdm.cat>
[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Reenviar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)
Buenos días ,muchas gracias por su autorización ,lo mantendré al tanto de mi proceso ,es muy importante para mí dicho estudio que se realizará en Remedios ,Villa Clara ,pues es una población muy longeva y con alta incidencia de ICC ,que tenga lindo día ,saludos desde Cuba y muy agradecida de UD Amarelys

ANEXO 5. Cuestionarios empleados en la investigación.

Cuestionario de cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica en la APS, municipio de Remedios

Nombre del paciente: _____

Policlínico: _____ CMF: _____

Fecha de nacimiento _____

Por favor, conteste a las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que mejor describa su situación. Sus respuestas nos permitirán mejorar su cuidado y el de otros enfermos. Muchas gracias.

- Sexo: M ___ F ___

- Edad en años cumplidos _____

- Estado civil:

Casado ___ Acompañado ___ Viudo ___ Soltero ___

- Creencias religiosas

Sí ___ No ___

Cuál? _____

- Escolaridad terminada:

Sin instrucción ___ Primaria sin terminar ___ Primaria terminada ___ Secundaria básica ___

Preuniversitario ___ Técnico Medio ___ Universitario ___

- Vínculo laboral:

Obreros ___

Técnicos ___

Profesionales ___

Ama de casa ___

Desocupado

Cuenta propia ___

Trabajador agrícola/ganadero ___

Jubilado ___

Otros ___

- Enfermedades asociadas

Sí ___ No ___

¿Cuál? _____

- Antecedentes familiares

Sí ___ No ___

Cuál? _____

I. Durante los últimos días, ¿ha padecido de opresión o dolor en el pecho, en el lado izquierdo, u otro síntoma como: ardor, quemazón, que se produce regularmente con la actividad física o después de las comidas pesadas?

0 ___ No, ninguno.

1 ___ Leve, pero no lo suficientemente molesto para tener que aliviarlo.

2 ___ Moderado, el dolor limita alguna de mis actividades.

3 ___ Grave, el dolor limita mucho la realización de mis actividades o mi concentración.

4 ___ Insoportable, no puedo pensar en otra cosa.

II. Durante los últimos días, ¿ha padecido de limitaciones en la actividad física diaria?

- 0__ No, ninguno.
- 1__ Leve, pero no lo suficientemente molesto para tener que aliviarlo.
- 2__ Moderado, limita alguna de mis actividades.
- 3__ Grave, limita mucho la realización de mis actividades o mi concentración.
- 4__ Insoportable, no puedo pensar en otra cosa.

III-Durante los últimos días, ¿se ha visto afectado por otros síntomas, como dificultad para respirar, agotamiento, tos, debilidad?

- 0__ No, ninguno.
- 1__ Leves.
- 2__ Moderados.
- 3__ Graves.
- 4__ Insoportables.

IV-Durante los últimos días, ¿se ha visto afectado por otros síntomas como Palpitaciones (latidos irregulares del corazón), sudoraciones?

- 0__ No, ninguno.
- 1__ Leves.
- 2__ Moderados.
- 3__ Graves.
- 4__ Insoportables

V-Durante los últimos días, ¿se ha visto afectado por pérdida del sueño, fatiga ?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces.....
- 4.No responde.....

VI. Durante los últimos días, ¿Se comprueba si se le hinchan los tobillos?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces.....
- 4.No responde.....

VII. Durante los últimos días, ¿se ha sentido angustiado por la enfermedad o por el tratamiento?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces.....
- 4.No responde.....

VIII. Durante los últimos días, ¿ha sentido que merece la pena vivir?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces.....
- 4.No responde.....

IX. Durante los últimos días, ¿se ha sentido bien consigo mismo?

- 1.Si.....
- 2.No.....

- 3. Algunas veces.....
- 4. No responde.....
- X. ¿Usted practica algún tipo de ejercicios físicos de manera sistemática?
- 1. Si.....
- 2. No.....
- 3. No responde.....

- XI-¿Consumen usted una dieta baja en sal?
- 1. Si.....
- 2. No.....
- 3. Algunas veces.....
- 4. No responde.....

- XII-¿Usted ingiere abundantes líquidos ?
- 1. Si.....
- 2. No.....
- 3. Algunas veces.....
- 4. No responde.....

- XIII-¿Usted ingiere bebidas alcohólicas?
- 1. Si.....
- 2. No.....
- 3. Algunas veces.....
- 4. No responde.....

- XIV- ¿Ud fuma?
- 1. Si.....
- 2. No.....
- 3. Algunas veces.....
- 4. No responde.....

- XV- Durante los últimos días ¿Intenta evitar enfermarse y mantener un buen aspecto físico ?
- 1. Si.....
- 2. No.....
- 3. Algunas veces.....
- 4. No responde.....

XVI- Ud utiliza un sistema para ayudarle a recordar sus medicamentos? (recordatorios)

- 0__ Sí, en todo momento.
- 1__ Casi siempre.
- 2__ A veces.
- 3__ Casi nunca.
- 4__ No, en ningún momento.

XVII- ¿Se olvida o deja de tomar cualquiera de sus medicamentos?

- 0__ Sí
- 1__ Casi siempre.
- 2__ A veces.
- 3__ Casi nunca.

4__ No, en ningún momento.

XVIII-Durante los últimos días, ¿nota que estos síntomas han aparecido a pesar de cumplir con su tratamiento médico habitual sin dificultad?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces.....
- 4.No responde.....

XIX. Durante los últimos días, ¿algún familiar o allegado se ha sentido angustiado por usted?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces.....
- 4.No responde.....

XX .Durante los últimos días, ¿qué información ha recibido usted o sus familiares o allegados?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces.....
- 4.No responde.....

XXI. Durante los últimos días, ¿ha podido comentar cómo se siente con sus familiares o amigos?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces.....
- 4.No responde.....

XXII. Durante los últimos días, ¿ cree que ha perdido tiempo en asuntos relacionados con su salud?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces.....
- 4.No responde.....

XXIII. Durante los últimos días, ¿se han tratado aspectos de su cuidados personales surgidos como consecuencia de su enfermedad?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces.....
- 4.No responde.....

XXIV. Si los hubiera, ¿cuáles han sido los principales problemas que ha tenido durante los últimos días?

Si____ No____

Cuales? _____

XXV. ¿Considera Ud. que la enfermera del equipo ha tenido una contribución especial en el alivio de sus síntomas y preocupaciones y le ha ayudado a adaptarse a su nueva situación de salud?

Si____ No____

Como? _____

XXVI. ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia se ha interesado por sus hábitos, costumbres y creencias religiosas?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces
- 4.No responde.....

XXVII. ¿El enfermero(a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado sobre la importancia de la práctica del ejercicio físico sistemático?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces
- 4.No responde.....

XXVIII ¿El enfermero(a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado sobre la importancia de la recreacion y la actividad social ?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces
- 4.No responde.....

XXIX¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico dela Familia le ha explicado sobre la importancia de cumplir con la dieta indicada por su medico ?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces
- 4.No responde.....

XXX -¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico dela Familia le ha explicado sobre la importancia de chequer su peso corporal ?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces
- 4.No responde.....

XXXI-¿El enfermero(a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado sobre los efectos dañinos a la salud que provoca el consumo de alcohol ,tabaco y los malos habitos alimentarios ?

- 1.Si.....
- 2.No.....
- 3.Algunas veces
- 4.No responde.....

XXXII-.¿El enfermero(a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre la importancia de chequearse periódicamente?

- 1.Si.....
- 2.No.....

3.Algunas veces

4.No responde.....

XXXIII- ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha preguntado si usted orina varias veces al día ?

1.Si.....

2.No.....

3.Algunas veces

4.No responde.....

XXXIV- ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado sobre los beneficios que para su salud que tiene una buena higiene personal y ambiental ?

1.Si.....

2.No.....

3.Algunas veces

4.No responde.....

XXXV- ¿Usted y su familia mantienen buena comunicación con el enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia?

1.Si.....

2.No.....

3.Algunas veces

4.No responde.....

XXXVI- ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia le brinda a usted y/o su familia charlas educativas sobre cómo cuidar su salud y adaptarse a vivir mejor con la Insuficiencia cardiaca CRÓNICA ?

1.Si.....

2.No.....

3.No sabe.....

4.No responde.....

XXXVII- ¿Con qué frecuencia recibe usted la visita del enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia relacionada con su Insuficiencia Cardiaca Crónica?

Cada vez que usted lo necesita.....

Nunca.....

Alguna veces.....

Semanal.....

Mensual.....

No responde.....

XXXVIII-¿Cómo ha contestado a este cuestionario?

0__ Yo solo.

1__ Con la ayuda de un familiar o allegado.

2__ Con la ayuda de un profesional

Questionario para expertos

Consentimiento informado de los expertos

Estimado (a) compañero (a):

La enfermedad cardiovascular es una de las causas más importante de muerte en todo el mundo; a pesar que en muchos países, el cáncer la ha desplazado, pero sigue en aumento y se ha convertido en una auténtica pandemia que no respeta fronteras, enunciado por la Organización Mundial de la Salud. En etapas avanzadas de la enfermedad cardiaca, la terapia curativa no es eficaz y el trasplante cardiaco no es una opción, el cuidado paliativo puede jugar un papel muy importante para mejorar la calidad de vida del paciente. A pesar de los avances en la conceptualización de los cuidados paliativos, la realidad asistencial no refleja dicha evolución. Todavía hoy sigue existiendo un gran vacío en la atención paliativa a pacientes en situación de enfermedad avanzada cuya patología de origen puede ser la insuficiencia cardiaca, la enfermedad pulmonar, la insuficiencia renal o el Alzheimer y las demencias; entre otras enfermedades neurodegenerativas además de las patologías oncológicas.

En una mirada al fenómeno desde la perspectiva enfermero, se observa la necesidad de implementar acciones que permitan materializar de forma efectiva a este grupo poblacional y sus principales problemas de salud.

El tema corresponde a una tesis en elaboración, para aspirar al grado de Doctor en Ciencias de Enfermería, por lo que se hace necesario seleccionar expertos en esta área del conocimiento. En tal sentido, le entregamos instrumento adjunto que tiene el propósito de evaluar las acciones que aporta esta investigación para contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica a través de los cuidados paliativos, en el municipio de Remedios desde la perspectiva de Enfermería.

Agradecido de que envíe en el menor tiempo que le sea posible sus respuestas, le saluda fraternalmente.

Lic. Amarelys Rodríguez León

Investigadora Principal

Questionario

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

1. Nombre y Apellidos:

2. Calificación profesional (marque con una X)

Licenciado en Enfermería

Licenciado Especialista en Enfermería Comunitaria

Licenciado Especialista en Enfermería

Doctor en Ciencias

Master en Ciencias

Médico Especialista en Medicina General Integral

Médico Especialista en Cardiología

3. Fecha de graduación como médico o licenciado:

4. Fecha de graduación como especialista: _____ Master: _____ Doctor en Ciencias: _____

5. Años de experiencia: _____

6. Años de experiencia en la APS: _____

6. Deseamos hacer una validación de contenido de los ítems de este instrumento siguiendo criterios de expertos, por lo que le pedimos que, con toda la información brindada, Ud. evalúe cada ítems del mismo utilizando los criterios modificados de Moriyama:

1. Razonable y comprensible. Se refiere a la comprensión de los diferentes ítems a evaluar con relación a la categoría que se pretende medir.

2. Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide. Se refiere a que la gama de posibles respuestas del ítems muestre diferentes gradaciones de la variable a medir.

3. Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables. Se refiere a que desde el punto de vista lógico y teórico sea razonable pensar que el ítems contribuye a medir cada aspecto del estudio entre los médicos a los cuales se aplicará.

4. Con componentes claramente definidos. Si el ítems se expresa claramente.

5. Derivables de datos factibles a obtener. Se refiere a que sea posible en la práctica la obtención de la información necesaria para obtener respuesta al ítems.

La evaluación en la casilla correspondiente se hará asignando un valor a cada ítems para cada uno de los criterios expuestos según la siguiente escala:

Mucho – 3	Suficiente – 2	Poco – 1	Nada – 0
-----------	----------------	----------	----------

I. Durante los últimos días, ¿ha padecido de opresión o dolor en el pecho, en el lado izquierdo, u otro síntoma como: ardor, quemazón, que se produce regularmente con la actividad física o después de las comidas pesadas?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

II. Durante los últimos días, ¿ha padecido de limitaciones en la actividad física diaria?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

.III-Durante los últimos días, ¿se ha visto afectado por otros síntomas, como dificultad para respirar, agotamiento, tos, debilidad?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

IV-Durante los últimos días, ¿se ha visto afectado por otros síntomas como Palpitaciones (latidos irregulares del corazón), sudoraciones?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

V-Durante los últimos días, ¿se ha visto afectado por pérdida del sueño ,fatiga ?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

VI. Durante los últimos días,¿Se comprueba si se le hinchan los tobillos?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

VII. Durante los últimos días, ¿se ha sentido angustiado por la enfermedad o por el tratamiento?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

VIII. Durante los últimos días, ¿ha sentido que merece la pena vivir?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

IX. Durante los últimos días, ¿se ha sentido bien consigo mismo?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

X. ¿Usted practica algún tipo de ejercicios físicos de manera sistemática?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XI-¿Consume usted una dieta baja en sal?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XII-¿Usted ingiere abundantes líquidos ?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XIII-¿Usted ingiere bebidas alcohólicas?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XIV- ¿Ud fuma?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XV- Durante los últimos días ¿Intenta evitar enfermarse y mantener un buen aspecto físico ?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XVI- Ud utiliza un sistema para ayudarle a recordar sus medicamentos? (recordatorios)

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XVII- ¿Se olvida o deja de tomar cualquiera de sus medicamentos?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XVII- Durante los últimos días, ¿nota que estos síntomas han aparecido a pesar de cumplir con su tratamiento médico habitual sin dificultad?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XIX. Durante los últimos días, ¿algún familiar o allegado se ha sentido angustiado por usted?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XX .Durante los últimos días, ¿qué información ha recibido usted o sus familiares o allegados?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXI. Durante los últimos días, ¿ha podido comentar cómo se siente con sus familiares o amigos?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXII. Durante los últimos días, ¿ cree que ha perdido tiempo en asuntos relacionados con su salud?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXIII. Durante los últimos días, ¿se han tratado aspectos de su cuidados personales surgidos como consecuencia de su enfermedad?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXIV. Si los hubiera, ¿cuáles han sido los principales problemas que ha tenido durante los últimos días?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXV. ¿Considera Ud. que la enfermera del equipo ha tenido una contribución especial en el alivio de sus síntomas y preocupaciones y le ha ayudado a adaptarse a su nueva situación de salud?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXVI. ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia se ha interesado por sus hábitos, costumbres y creencias religiosas?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXVII. ¿El enfermero(a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado sobre la importancia de la práctica del ejercicio físico sistemático?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXVIII ¿El enfermero(a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado sobre la importancia de la recreacion y la actividad social ?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXIX¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico dela Familia le ha explicado sobre la importancia de cumplir con la dieta indicada por su medico ?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXX -¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico dela Familia le ha explicado sobre la importancia de chequer su peso corporal ?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

--	--	--	--	--

XXXI-¿El enfermero(a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado sobre los efectos dañinos a la salud que provoca el consumo de alcohol ,tabaco y los malos habitos alimentarios ?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXXII-¿El enfermero(a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre la importancia de chequearse periódicamente?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXXIII- ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha preguntado si usted orina varias veces al día ?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXXIV- ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado sobre los beneficios que para su salud que tiene una buena higiene personal y ambiental ?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXXV- ¿Usted y su familia mantienen buena comunicación con el enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXXVI- ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia le brinda a usted y/o su familia charlas educativas sobre cómo cuidar su salud y adaptarse a vivir mejor con la Insuficiencia cardiaca cronica ?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXXVII- ¿Con qué frecuencia recibe usted la visita del enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia relacionada con su Insuficiencia cardiaca crónica?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

XXXVIII-¿Cómo ha contestado a este cuestionario?

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

--	--	--	--	--

La evaluación en la casilla correspondiente se hará asignando un valor a cada ítem para cada uno de los criterios expuestos según la siguiente escala:

Mucho – 3	Suficiente – 2	Poco – 1	Nada – 0
-----------	----------------	----------	----------

ITEM	Criterios Moriyama				
	1	2	3	4	5
I	3	2	3	3	3
II	27:3 2:2	2	3	3	3
III	3	2	28:3 1:2	3	3
IV	3	2	27:3 2:2	26:3 3:2	28:3 1:2
V	3	2	3	3	3
VI	3	27:2 2:1	3	27:3 2:2	3
VII	3	2	3	3	3
VIII	3	2	3	3	3
IX	3	2	3	3	3
X	24:3 5:2	2	27:3 2:2	3	3
XI	3	2	3	3	3
XII	3	2	3	3	3
XIII	3	2	3	3	3
XIV	3	2	3	3	3
XV	25:3 4:2	2	26:3 3:2	27:3 1:2 1:1	27:3 2:2
XVI	3	2	3	3	3
XVII	3	2	3	3	3
XVIII	3	2	3	3	3
XIX	3	2	3	3	3
XX	3	2	3	3	3
XXI	3	2	3	3	3
XXII	21:2 8:3	1	28:2 1:3	2	24:2 5:3
XXIII	25:2 4:3	1	22:2 7:3	25:2 2:3	24:2 5:3
XXIV	3	2	3	3	3
XXV	3	2	3	3	3
XXVI	3	2	3	3	3
XXVII	3	2	3	3	3
XXVIII	3	2	3	3	3
XXIX	3	2	27:3 2:2	3	28:3 1:2
XXX	3	2	3	3	3
XXXI	3	2	3	3	3
XXXII	3	2	3	3	3
XXXIII	3	2	3	3	3
XXXIV	3	2	3	3	3
XXXV	3	2	3	3	3
XXXVI	3	2	3	3	3
XXXVII	27:3 2:2	2	28:3 1:2	3	3
XXXVIII	3	2	3	3	3

Questionario para el Personal de Enfermería

Estimado compañero (a): Con la cumplimentación de este cuestionario está colaborando en la realización de una investigación: Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, los datos son confidenciales y se agradece su dedicación

Nuestra finalidad es identificar su nivel de conocimientos sobre el cuidado paliativo por lo que le sugerimos que lea y analice detenidamente cada una de las preguntas formuladas.

Muchas gracias

Nombre y Apellidos _____

CMF: _____

-Datos generales:

Edad: _____

Sexo: Femenino ___ Masculino ___

Nivel:

Licenciado en Enfermería: ___

Técnico Medio en Enfermería: ___

Años de experiencia en la APS:

Menos de 5 años: ___

Entre 5 y 10 años: ___

Más de 10 años: ___

Años de graduado: _____

- ¿Durante la carrera existía alguna asignatura que abordaba los cuidados paliativos?

Sí ___ No ___

¿Cuál? _____

- ¿Ha asistido a cursos de cuidados paliativos?

Sí ___ No ___

-Cómo Ud. evalúa sus conocimientos sobre cuidados paliativos?

Suficientes ___ Escasos ___ Ninguno ___

I-TEMA. Cuidados paliativos

1.1-Considera Ud. que los Cuidados Paliativos y la Medicina Paliativa es lo mismo?

Sí _____ No _____

1.2-De acuerdo a su experiencia profesional ¿Cómo define Ud. a los cuidados paliativos?

1.3-. En su opinión, ¿considera Ud. que los cuidados paliativos son importantes para el mejoramiento del bienestar del paciente con ICC en la APS?

Sí ___ No ___

¿Por qué? _____

1.4- De acuerdo a su experiencia profesional, marque con una cruz (X) los aspectos que más se identifica con los Cuidados Paliativos:

___ dirigidos a disminuir el sufrimiento

___ el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran mayor importancia

__ lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia

__ se deben ofrecer en el hospital.

__ ofrecer apoyo solo a los pacientes a llevar una vida lo más activa.

__ solo un cuidador debe participar en los cuidados paliativos.

1.5. ¿Conoce Ud. las principales modalidades de atención en cuidados paliativo?

II-Tema. Pacientes susceptibles de formar parte del programa de cuidados paliativos

2.1- Los Cuidados Paliativos, ¿solo son aplicables a pacientes oncológicos?

Si _____ No _____ No se _____

2.2-Marque con una X los pacientes según sus características, Ud. considere necesitan los cuidados paliativos.

__ Presencia de enfermedad avanzada, progresiva, incurable, con pronóstico limitado de vida.

__ Gran impacto por la posibilidad de la muerte próxima, con afectaciones en la familia y equipo terapéutico.

__ Presencia de síntomas agudos y buena respuesta al tratamiento.

2.3-Marque con una x las enfermedades que Ud. considera que pueden formar parte en el programa de cuidados paliativos.

	Insuficiencia renal		VIH/SIDA
	Enfermedades pulmonares		Insuficiencia hepática
	Bronquitis aguda.		Demencia
	Asma bronquial		Insuficiencia cardiaca
	IMA		Conjuntivitis
	Conjuntivitis		Gastroenteritis
	Fractura de hueso		
	Cáncer		

2.4-Considera usted, que en la práctica de su profesión se enfrenta a estos tipos de pacientes.

Sí _____ No _____

2.5- Los cuidados paliativos se dan solo en la etapa ¿Declive (final) de la enfermedad?

Sí _____ No _____

III-TEMA. Bases de los cuidados paliativos

3.1- ¿De acuerdo a su experiencia, conoce Ud. los cuatro elementos esenciales por los que se realizan los Cuidados Paliativos?

IV-TEMA. Necesidades afectadas en los enfermos que forman parte del programa de cuidados paliativos

4.1. Estudió Ud. la Teoría de Virginia Henderson y las 14 necesidades en pregrado o postgrado.

Sí _____ No _____

4.2- De acuerdo a su experiencia profesional, relacione las columnas para atender con éxito las necesidades del paciente

A	Fisiológicas	___Búsqueda del significado y propósito de la vida. Deseo de reconciliación - perdón y afirmación de valores particulares y comunes
B	Pertenencia	___Cualquiera que sea su ánimo y sociabilidad
C	Amor	___Participar en la toma de decisiones, sobre todo cuando aumente su dependencia de otros. Oportunidad para dar y recibir.
D	Comprensión	___Buen control sintomático
E	Aceptación	___Estar en manos seguras. Sentirse útil. No experimentar ser una carga.
F	Autoestima	___Poder expresar afecto y recibirlo
G	Espirituales	___Explicación de los síntomas y la enfermedad. Oportunidad para discutir el proceso de fallece

4.3. ¿Considera Ud. significativo las definiciones de la teoría de Virginia Henderson para satisfacer las necesidades del paciente con ICC en la APS?

Sí ___ No ___

¿Por qué? _____

4.4- ¿Considera Ud. que las características de la ICC, la frecuencia de sus síntomas es importantes para establecer el perfil de necesidades?

4.5-De acuerdo a su experiencia profesional supone que con una correcta evaluación de las necesidades permite planear el cuidado centrado en la persona.

Si ___ No ___

¿Por qué? _____

V-TEMA. Participación de la enfermera(o) de atención primaria en los cuidados paliativos

5.1- Considera usted que lo mejor para los pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica, debilitante o amenazante, es permanecer en:

- a) ___ hospital con todo el apoyo científico, médico y mecánico con el fin de prolongar la vida
- b) ___ hospital en un programa de cuidados paliativos
- c) ___ en casa
- d) ___ en casa en un programa de cuidados paliativos

5.2-. La actividad que se brinda a la familia por el Personal de Enfermería estará encaminada a: (marque con una cruz)

- 1 ___ dirigida a disminuir la ansiedad
- 2 ___ contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente
- 3 ___ contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente y la familia

4__ ayudar a las personas a aceptar la muerte del ser querido

5__ designar a un familiar como único cuidador del paciente.

5.3.- Ante un paciente con diagnóstico de enfermedad crónica, debilitante o amenazante:

1__no hay nada más que hacer

2__deber integrarse a un programa de cuidados paliativos

3__el cuidado paliativo no es la solución del paciente

5.4- El paciente con enfermedad crónica, debilitante o amenazante requiere de una serie de acciones por parte del equipo básico de salud conocidas como cuidados paliativos, marque con una cruz las cualidades que ud considera que los caracteriza:

1__ atención integral

2__ tratar al enfermo y la familia como una unidad a tratar

3__ promueve la autonomía y la dignidad

4__ concepción terapéutica activa

5__ control de los síntomas

6__ apoyo emocional y comunicación

7__ cambios en la organización

8__ equipo de atención multiprofesional, cuando la expectativa médica ya no es la curación

5.5- El Personal de Enfermería (según consentimiento de pacientes y familiares), debe ser capaz de cumplir sus funciones, marque con una X, según corresponda:

1.__manejar solo el dolor

2.__optimizar la autonomía del paciente.

3. __ apoyar psicológica y espiritualmente al familiar

4. __colaborar con los equipos tratantes en el desarrollo de planes terapéuticos centrados en el paciente

5. __facilitar la comprensión por parte del paciente tanto del diagnóstico de su enfermedad de base como de su pronóstico con el fin de promover una toma informada de decisiones y la definición anticipada de conductas terapéuticas.

6. __Asistir activamente al paciente en proceso de muerte y a su familia.

7. __Promover un ambiente que sea lo más confortable posible para el paciente y su familia.

5.6- Con estos elementos y según su experiencia como personal de salud, valora cuando deben incluirse estos temas:

___ durante la formación de pregrado

___ en los programas de formación de su especialidad

___ otras formas de Postgrado: Cursos, Entrenamientos y Diplomados.

___ otras

Cuestionario para determinar coeficiente de competencia de los expertos y algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los expertos.

Para determinar coeficiente de competencia de los expertos

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

1. Nombre y Apellidos: _____

2. Calificación profesional (marque con una X)

Licenciado en Enfermería _____

Licenciado Especialista en Enfermería Comunitaria _____

Médico Especialista en Medicina General Integral _____

Médico Especialista en Cardiología _____

Médico Especialista en Medicina Interna _____

3. Fecha de graduación como médico o licenciado: _____

4. Fecha de graduación como especialista: _____ Master: _____ Doctor en Ciencias: _____

5. Años de experiencia en la APS: _____

6. Marque con una X, en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento o información que usted posee sobre los cuidados paliativos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7-Marque con una X, cómo usted valora su nivel de conocimiento o información que usted posee sobre los cuidados paliativos en la comunidad desde la perspectiva de Enfermería:

FUENTES	ALTO	MEDIO	BAJO
Análisis teóricos realizados por usted			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

Muchas Gracias

- Algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los expertos

Secuencia de pasos a seguir:

1. Confeccionar un listado inicial de personas posibles de cumplir los requisitos para ser expertos en la materia a trabajar.

2. Realizar una valoración sobre el nivel de experiencia que poseen, evaluando de esta forma los niveles de conocimientos que poseen sobre los cuidados paliativos. Para ello se realiza una primera pregunta para una autoevaluación de los niveles de información y argumentación que tienen sobre el tema en cuestión. En esta

pregunta se les pide que marquen con una X, en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento o información que tienen sobre el tema a estudiar.

EXPERTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

3. A partir de aquí se calcula fácilmente el Coeficiente de Conocimiento o Información (Kc), a través de la siguiente fórmula:

$$Kc = n (0,1)$$

Dónde:

Kc: Coeficiente de Conocimiento o Información

n: Rango seleccionado por el experto

4. Los aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar permiten calcular el Coeficiente de Argumentación (Ka) de cada experto:

$$Ka = (n1+ n2 + n3+ n4 + n5 + n6)$$

Donde:

Ka: Coeficiente de Argumentación

ni: Valor correspondiente a la fuente de argumentación i (1 hasta 6)

5. Una vez obtenido los valores del Coeficiente de Conocimiento (Kc) y el Coeficiente de Argumentación (Ka) se procede a obtener el valor del Coeficiente de Competencia (K) que finalmente es el coeficiente que determina en realidad que experto se toma en consideración para trabajar en esta investigación. Este coeficiente (K) se calculó de la siguiente forma:

$$K = 0,5 (Kc + Ka)$$

Donde:

K: Coeficiente de Competencia

Kc: Coeficiente de Conocimiento

Ka: Coeficiente de Argumentación

$K \leq 0,4$ Coeficiente de Competencia Bajo Se realiza una segunda pregunta que permite valorar un grupo de aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar.

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

6. Posteriormente obtenido los resultados se valoran de la manera siguiente:

$0,8 < K < 1,0$ Coeficiente de Competencia Alto

$0,5 < K < 0,7$ Coeficiente de Competencia Medio

Aquí se determinan los aspectos de mayor influencia. A partir de estos valores reflejados por cada experto en la tabla se contrastan con los valores de una tabla patrón:

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted			
Su experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

7. Se utilizan para la consulta expertos de competencia alta.

Resultados del coeficiente de competencia de los expertos

EXPERTOS	KC	KA	K	VALORACIÓN EL COEFICIENTE DE COMPETENCIA DE CADA EXPERTO

Cuestionario

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

1. Nombre y Apellidos:

2. Calificación profesional (marque con una X)

Licenciado en Enfermería

Licenciado Especialista en Enfermería Comunitaria

Licenciado Especialista en Enfermería

Doctor en Ciencias

Master en Ciencias

Médico Especialista en Medicina General Integral

Médico Especialista en Cardiología

3. Fecha de graduación como médico o licenciado:

4. Fecha de graduación como especialista: _____ Master: _____ Doctor en Ciencias:

5. Años de experiencia: _____

6. Años de experiencia en la APS: _____

6. Deseamos hacer una validación de contenido de los ítems de este instrumento siguiendo criterios de expertos, por lo que le pedimos que, con toda la información brindada, Ud. evalúe cada ítem del mismo utilizando los criterios modificados de Moriyama.

1. Razonable y comprensible. Se refiere a la comprensión de los diferentes ítems a evaluar con relación a la categoría que se pretende medir.

2. Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide. Se refiere a que la gama de posibles respuestas del ítem muestre diferentes gradaciones de la variable a medir.

3. Con suposiciones básicas justificables y razonables. Se refiere a que desde el punto de vista lógico y teórico sea razonable pensar que el ítems contribuye a medir cada aspecto del estudio a los cuales se aplicará.

4. Con componentes claramente definidos. Si el ítems se expresa claramente.

5. Derivables de datos factibles a obtener. Se refiere a que sea posible en la práctica la obtención de la información necesaria para obtener respuesta al ítems.

La evaluación en la casilla correspondiente se hará asignando un valor a cada ítems para cada uno de los criterios expuestos según la siguiente escala:

Mucho – 3	Suficiente – 2	Poco – 1	Nada – 0
-----------	----------------	----------	----------

Para la construcción del cuestionario se confeccionaron 5 ítems (TEMAS)

I-TEMA. Cuidados paliativos

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

II-TEMA. Pacientes susceptibles de formar parte del programa de cuidados paliativos

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

III-TEMA. Bases de los cuidados paliativos

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

IV-TEMA. Necesidades afectadas en los enfermos que forman parte del programa de cuidados paliativos

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

V-TEMA. Participación de la enfermera(o) de atención primaria en los cuidados paliativos

CRITERIOS DE MORIYAMA				
1	2	3	4	5

Criterios de Moriyama

ITEMS	1	2	3	4	5
I	3	2	2:2	2	1
II	10:3	7:3:2:1	10:3:2	8:3	10:3:2
III	11:3:2	9:3:2	11:3	9:3	8:2:3
IV	3	2	5:3	4:3	7:3:2

Questionario para la selección de los expertos que validan la Intervención de Enfermería

Estimado profesional: Necesitamos saber cómo usted se evalúa en relación con el conocimiento que posee referente a determinados aspectos relacionados con los cuidados paliativos a pacientes e Intervenciones de Enfermería.

En primer lugar, debe guiarse por el procedimiento que a continuación se especifica. La escala es creciente del 0 al 10 y le permitirá valorar sus conocimientos sobre el área temática específica de la investigación. Marque con una (X) según su criterio.

En la escala, el 0 representa el menor valor y el 10 el mayor valor en cuanto a los conocimientos que usted posee para realizar la valoración posterior de la competencia que se le indica, por lo que se le pide sea lo más sincero y objetivo posible en su autovaloración, ya que los resultados serán manejados en completa confidencialidad.

Marque con una (X) el valor que corresponda en relación con su conocimiento referido a los cuidados paliativos en Enfermería.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Marque con una (X) el valor que se corresponda en relación con su conocimiento sobre Intervenciones de Enfermería.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

En la siguiente tabla aparecen fuentes de argumentación del conocimiento que usted posee del tema objeto de investigación, los cuidados de Enfermería en los cuidados paliativos y las Intervenciones de Enfermería. Marque con una (X) en una sola de las columnas, para cada una de las fuentes. Tenga en cuenta que el grado de influencia en cada una de las fuentes puede ser evaluado según su criterio como sigue: Alto (A), Medio (M) o Bajo (B).

Fuente de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios		
	Alto (A)	Medio (M)	Bajo (B)
Análisis teórico realizado sobre los cuidados paliativos en enfermería e Intervención de Enfermería			
Posee experiencia en cuanto a los cuidados de Enfermería en cuidados paliativos			
Posee conocimiento sobre trabajos de autores			

nacionales sobre Intervenciones de Enfermería			
Posee conocimiento sobre trabajos de autores extranjeros sobre Intervenciones de Enfermería			
Tiene conocimiento del estado actual de los cuidados de Enfermería paliativos en pacientes con ICC			
Su intuición acerca de Intervenciones de Enfermería en cuidados paliativos			

Categoría docente: Titular____ Auxiliar____ Asistente____

Categoría Científica: Doctor en Ciencia____ Máster____

Categoría Investigativa: Titular____ Auxiliar____ Agregado____

Institución: _____

Años de experiencia: _____

ANEXO 6. Tablas del diagnóstico de las necesidades de los pacientes con ICC

Tabla 1 Características socio-demográficas de los pacientes con ICC

Características socio-demográficas		Frecuencia	%
Edad	Menos de 49	-	-
	50 a 59	12	7.59
	60 a 69	43	27.21
	70 a 79	78	49.36
	80 a 89	19	12.02
	90 y más	6	3.79
	Total	158	100.0
Sexo	Femenino	85	53.79
	Masculino	73	46.20
	Total	158	100.0
Nivel de escolaridad	Primaria	38	24.95
	Secundaria	37	23.41
	Preuniversitario	30	18.98
	Técnico Medio	43	27.21
	Universitario	10	6.32
	Total	158	100.0
Estado civil	Casado	56	35.44
	Viudo	48	30.37
	Acompañado	45	28.48
	Soltero	9	5.69
	Total	158	100.0
Ocupación	Jubilado	72	45.56
	Amas de casa	41	25.94
	Técnicos	8	5.06
	Obrero	6	3.79
	Profesionales	2	1.26

	Trabajadores por cuenta propia	23	14.55
	Trabajador agrícola	6	3.79
	Total	158	100.0
Creencias religiosas	Si	154	97.46
	No	4	2.59
	Total	158	100.0

Fuente: Cuestionario a pacientes

Tabla 2. Percepción de los pacientes del apoyo social que reciben antes y después de la Intervención de Enfermería.

Percepción de apoyo social		Antes		Nº	Después
		Nº	%		
Atención familiar	Adecuado	34	21.51	157	99.36
	No adecuado	124	78.48	1	0.63
	Total	158	100.0	158	100.00
Comunicación familiar	Adecuado	23	14.55	155	98.11
	No adecuado	135	85.44	3	1.89
	Total	158	100.0	158	100.00
Atención de Enfermería	Adecuado	98	62.02	158	100.00
	No adecuado	60	37.97	-	-
	Total	158	100.0	158	100.00

Fuente: Cuestionario a pacientes

Tabla 3: Relación entre adaptación psicológica de los pacientes a la ICC y el sexo.

Aspectos psicológicos	Masculino		Femenino		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Síntomas psicológicos (Estrés, Ansiedad, Depresión)	69	94.52	83	97.64	152	96.20
Sentimientos de culpa	71	97.26	78	91.76	149	94.30
Miedo a lo desconocido	68	93.15	81	95.29	149	94.30
Incertidumbre ante el futuro	72	98.63	74	87.05	146	92.40
Problemas de adaptación	67	91.78	79	92.94	146	92.40
Cambios en el humor o comportamiento	56	76.71	59	69.41	115	72.78

$X^2=2.1695$ $gl=7$ $p=0.9499$ No significativo

Fuente: Cuestionario a pacientes

Tabla 4. Distribución de los síntomas percibidos por los pacientes estudiados según intensidad antes y después de la Intervención de Enfermería

Síntomas clínicos	Intensidad de los síntomas																			
	No síntomas				Leve				Moderado				Grave				Insoportable			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Dolor precordial	158	100	158	100	5	3.16	55	34.81	28	17.72	68	43.03	48	30.37	28	17.72	77	48.73	7	4.43
Palpitaciones	158	100	158	100	-	-	65	41.13	25	15.82	71	44.93	59	37.34	22	13.92	74	46.83	-	-
Disnea	158	100	158	100	7	4.43	61	38.60	24	15.18	75	47.46	51	32.27	15	9.49	76	48.10	7	4.43
Sudoraciones	158	100	158	100	9	5.69	56	35.44	27	17.08	77	48.73	45	28.48	18	11.39	77	48.73	7	4.43
Tos	158	100	158	100	4	2.53	69	43.67	22	32.91	75	47.46	51	32.27	10	6.32	81	51.26	4	2.53
Debilidad, fatiga	158	100	158	100	3	1.89	71	44.93	11	6.96	73	46.20	51	32.27	12	7.60	93	58.86	2	1.26
Edemas	158	100	158	100	2	1.26	89	56.36	7	4.43	56	35.44	49	31.01	11	6.96	100	63.29	2	1.26
Otros síntomas	158	100	158	100	-	-	99	62.65	12	8.00	54	34.17	47	29.74	5	3.16	99	62.65	-	-

$X^2=349.3301$ gl=63 p=0.0000 Muy significativo

Medidas de asociación para variables nominales	Estimación
Coefficiente de contingencia	0.2621
Coefficiente de V Cramer	0.1027

Medidas de asociación para variables ordinales	Estimación	EE	Estadístico Z	Valor p
Tau-b de Kendall	0.06443	0.0111	5.7942	0.0000
Tau-c de Stuart	0.0627	0.0108	5.7942	0.0000
De Goodman y Kruskal	0.0752	0.0130	5.7942	0.0000

Fuente. Cuestionario del paciente

Tabla 5: Estilos de vida de los pacientes con ICC, antes y después de la Intervención de Enfermería

Estilos de vida	Antes				Después			
	No adecuado		Adecuado		No adecuado		Adecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Control del peso	156	98.73	2	1.26	1	0.63	157	99.36
Alimentación balanceada	157	99.36	1	0.63	1	0.63	157	99.36
Cumplimiento del tratamiento médico	145	91.72	13	8.22	-	-	158	100
Práctica de ejercicio físico	158	100	-	-	11	6.96	147	93.03
Hábito de fumar	67	42.40	91	60.00	143	90.50	15	9.49
Consumo de alcohol	73	46.20	85	53.79	149	94.30	9	5.70

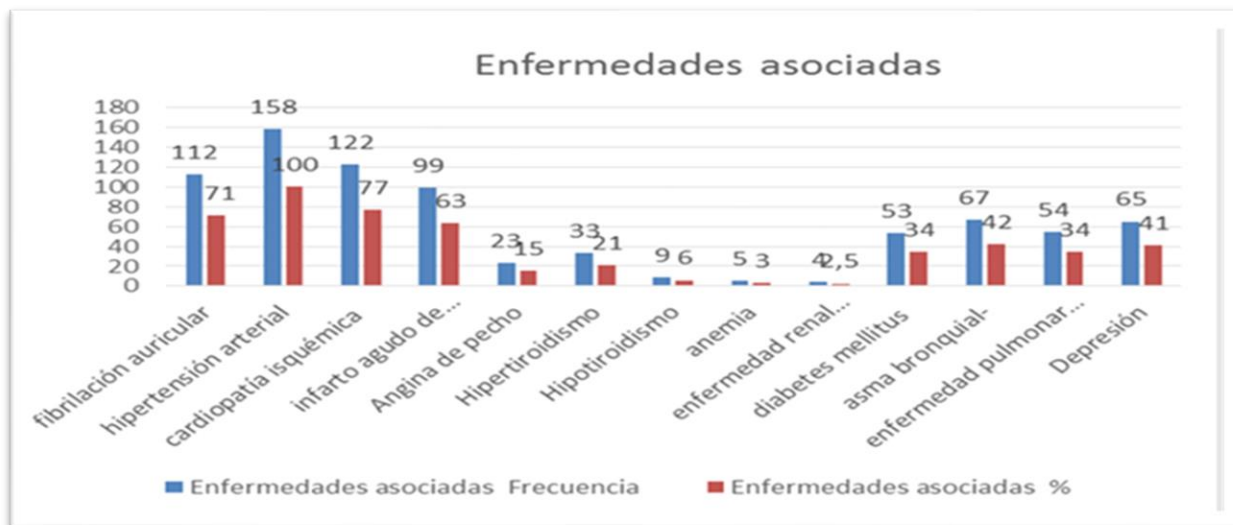
$X^2=631.7112$ gl=5 p=0.0000 Muy significativo SI estilo de vida antes y después

$X^2=539.1463$ gl=5 p=0.0000 Muy significativo NO estilo de vida antes y después

Fuente: Cuestionario a pacientes

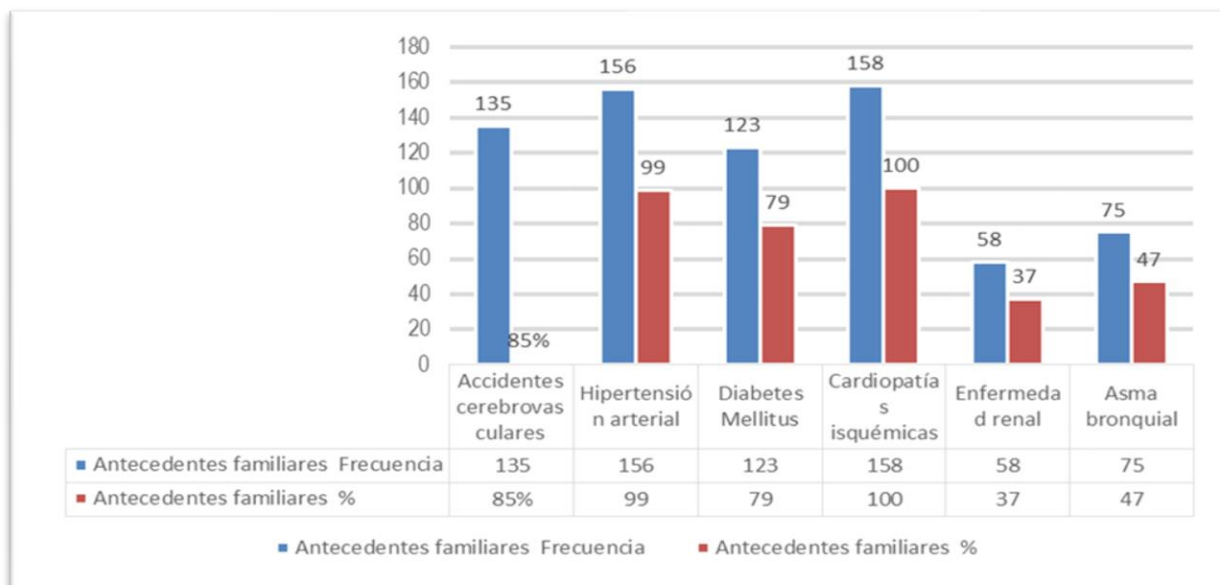
ANEXO 7. Gráficos de las enfermedades asociadas y antecedentes familiares de los pacientes con ICC

Gráfico 1. Enfermedades asociadas a pacientes con ICC



Fuente: Cuestionario a pacientes

Gráfico 2. Antecedentes familiares de pacientes con ICC



Fuente: Cuestionario a pacientes

ANEXO 8. Tabla del diagnóstico del Personal de Enfermería

Tabla 7 Descripción de la muestra del Personal de Enfermería

Características		Frecuencia	%
Edad	Menos de 39	1	5.88
	40 a 49	10	58.82
	50 a 59	6	35.29
	Total	17	100.0
Sexo	Femenino	17	100.0
	Masculino	0	0
	Total	17	100.0
Nivel de formación	Técnico Medio	4	23.52
	Licenciada	13	76.47
	Total	17	100.0
Años de graduado	16 a 20 años	1	5.88
	21 a 25 años	9	52.94
	Más de 25 años	7	41.17
	Total	17	100.0
Años de experiencia en la APS	Menos de 5 años	-	-
	5 a 10 años	-	-
	Más de 10 años	17	100.0
	Total	17	100.0

Fuente: Cuestionario a Personal de Enfermería

Tabla 8. Resultados de la encuesta aplicada para comprobar el conocimiento del Personal de Enfermería en el tema de las bases de los cuidados paliativos

	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable (de 100 a 85 puntos)	-	-	15	88.23
Medianamente aceptable (de 84 a 70 puntos)	5	29.41	2	11.76
No aceptable (menos de 70 puntos)	12	70.58	-	-
Total	17	100	17	100

$X^2=28.2857$ gl=2 p=0.0000 Muy Significativo

Fuente: Cuestionario a Personal de Enfermería

Tabla 9. Resultados de la encuesta aplicada para comprobar el conocimiento del Personal de Enfermería en el tema: pacientes susceptibles de formar parte del programa de cuidados paliativos

	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable (de 100 a 85 puntos)	-	-	13	76.47
Medianamente aceptable (de 84 a 70 puntos)	3	17.64	4	23.52
No aceptable (menos de 70 puntos)	14	82.35	-	-
Total	17	100	17	100

$X^2=27.1429$ gl=2 p=0.0000 Muy Significativo

Fuente: Cuestionario a Personal de Enfermería

Tabla 10. Resultados de la encuesta aplicada para comprobar el conocimiento del Personal de Enfermería en tema: las necesidades afectadas en los enfermos que forman parte del programa de cuidados paliativos

	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable (de 100 a 85 puntos)	1	5.88	16	96.11
Medianamente aceptable (de 84 a 70 puntos)	3	17.64	1	5.88
No aceptable (menos de 70 puntos)	13	76.47	-	-
Total	17	100	17	100

$X^2=27.2353$ gl=2 p=0.0000 Muy Significativo

Fuente: Cuestionario a Personal de Enfermería

Tabla 11. Resultados de la encuesta aplicada para comprobar el conocimiento del Personal de Enfermería en la participación del enfermero(a) de la APS en los cuidados paliativos

	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable (de 100 a 85 puntos)	-		15	88.23
Medianamente aceptable (de 84 a 70 puntos)	3	17.64	2	11.76
No aceptable (menos de 70 puntos)	14	82.35	-	-
Total	17	100	17	100

$X^2=29.2000$ $gl=2$ $p=0.0000$ Muy Significativo

Fuente: Cuestionario a Personal de Enfermería

ANEXO 9. Guía de observación

Observador: _____

Actividad observada: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de terminación: _____

Objetivo: Registrar la conducta del Personal de Enfermería en las acciones de Enfermería relacionadas con los cuidados, en la atención primaria de salud.

- Cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Porte y aspecto personal.
- Creación de un clima correcto para la comunicación.
- Uso adecuado del lenguaje.
- Presencia del familiar junto al paciente.
- Modo de relación de la enfermera con el paciente y el familiar.
- Modo de relación de la enfermera con el paciente con ICC durante la visita de Enfermería.
- Forma en que el paciente acepta los cuidados de Enfermería.
- Modo en que se relacionan el paciente y el familiar, en presencia del Personal de Enfermería.
- Manifestación de la responsabilidad del paciente.
- Manifestación de la responsabilidad del familiar.
- Manifestación del compromiso del Personal de Enfermería.
- Apreciación de los conocimientos que tienen sobre las formas de aplicación de los cuidados paliativos.
- Constatar la existencia de obstáculos que dificulten el diseño y la implementación de una Intervención de Enfermería para los cuidados paliativos a pacientes con ICC.

ANEXO 10. Entrevista, de tipo semiestandarizada a la familia

Estimado familiar, la presente entrevista forma parte de una investigación para la propuesta de un diseño de Intervención de Enfermería que integre los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica

Objetivo: indagar el rol de la familia en los cuidados y el acompañamiento al paciente

Se tomaron los datos generales de los entrevistados:

-Edad. -Sexo.

-Grado de familiaridad -Convivencia con el paciente

1- ¿Cómo definiría usted la enfermedad que padece su familiar?

2- ¿Cuáles son, a su juicio, las causas de la enfermedad de su familiar?

3- ¿A través de qué vías recibe usted información actualizada sobre la enfermedad que padece su familiar?

4- ¿Cómo aseguraría, desde su posición, que necesita mayor información?

5- ¿Cómo detallaría usted los síntomas que padece su familiar y como poderlo ayudar

6- ¿Qué ayuda usted le brinda a su familiar?

7- ¿Cómo es su familiar?

8- ¿Qué valor le confiere a la comunicación con su familiar?

9- ¿Cómo es la enfermera que atiende a su paciente?

10- ¿Por qué el familiar necesita que usted lo cuide?

11- ¿Qué relación tiene con el equipo de enfermería que atiende a su familiar?

12- ¿Cómo es la relación entre la enfermera, el paciente y usted durante la atención de enfermería?

13- ¿Cómo es la atención de enfermería que recibe su familiar?

14 ¿Considera que la enfermera le aporta elementos que lo ayudan a cuidar a su familiar? ¿Por qué?

Muchas gracias

ANEXO 11. Intervención de Enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con Insuficiencia Cardiaca Crónica

Justificación

El avance de las Ciencias Médicas en las últimas décadas ha provocado un aumento de las expectativas de vida humana. El progreso científico ha hecho posible curar enfermedades consideradas incurables. Las nuevas tecnologías médicas permiten prolongar la vida y diferir el momento de la muerte, pero morir no deja de ser una tragedia para la existencia humana.¹⁻⁵

Los grandes avances científicos técnicos en la Salud Pública han elevado la calidad y expectativas de vida del individuo, pero el enfrentamiento a las enfermedades crónicas y a la muerte permanece como un reto para los profesionales de la salud, la familia y la sociedad que demanda de cuidados especiales, denominados cuidados paliativos.⁶⁻⁹

Existe una evolución histórica de los cuidados paliativos o cuidados tipo hospice. Ellos son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases avanzadas de una enfermedad.¹⁰

La autora al sistematizar autores estudiosos del tema encuentra como regularidad que consideran que los cuidados paliativos se extienden más allá del alivio de los síntomas físicos: buscan integrar las diferentes dimensiones del cuidado: fisiológica, psicológica, familiar, social y espiritual, con el objetivo de facilitar al paciente de vivir tan activamente como sea posible. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan del tiempo de vida que les queden conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible al hogar, rodeados de las personas que les son gratas.¹⁰

La autora de la presente investigación tiene en cuenta los criterios emitidos por los investigadores anteriores al considerar la conveniencia de desarrollar una intervención para ejecutar el cuidado paliativo, considerado un servicio de salud importante, como acercamiento holístico y multidisciplinario de apoyo al paciente y a su familia, que permitan dar solución a las necesidades identificada en los pacientes con ICC.

La estrategia de intervención que se concibe, tiene como referente la teoría de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas, parte de la identificación de las necesidades en los pacientes con ICC en el pre/intervención.

Objetivo General:

Mejorar la satisfacción de las necesidades de los pacientes con ICC que reciben cuidados paliativos en su domicilio.

Objetivos específicos:

- Determinar las acciones dirigidas a los pacientes con ICC que reciben cuidados paliativos y permitan mejorar la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Evaluar los resultados de la implementación de la Intervención de Enfermería.

Beneficios Esperados

- Disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas fisiológicos y psicológicos.
- Mejorar la satisfacción de las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales.
- Incrementar la adaptación al proceso de la enfermedad, tratamiento y pronóstico de la ICC.
- Mejorar el bienestar del paciente y la satisfacción con su forma de vivir

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

De esta manera la intervención asentada en las bases de los cuidados paliativos, consta de cuatro etapas:

I- Primera etapa: diagnóstico y análisis de las necesidades de intervención

II- Segunda etapa: diseño de las acciones y presentación de la intervención

III- Tercera etapa: implementación de las acciones

IV -Cuarta etapa: evaluación de los resultados de la intervención

Se implementa en el primer nivel de atención de salud, en pacientes con ICC, organizadas en dos bloques de trabajo por la investigadora principal, acompañada del Personal de Enfermería que labora en el CMF, quien proporcione la primera aproximación al paciente y al contexto social y cultural donde se realiza la investigación.

La intervención por su naturaleza constituye un conjunto de acciones sucesivas y coordinadas. La concreción en la práctica se realizó según el contexto específico de cada paciente y con una orientación personalizada, el diseño de la intervención partió de las bases de los cuidados paliativos, elementos esenciales para las acciones con el paciente.

ETAPA 1: DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE INTERVENCIÓN.

Para identificar las necesidades afectadas primero se realiza la conformación de un grupo para el desarrollo de la intervención. Dirigido a establecer las necesidades afectadas de los pacientes con ICC, según la teoría de Virginia Henderson y así se determinan las vías, métodos, técnicas y acciones en relación a las necesidades emergidas del diagnóstico. Esta actividad se desarrolló en dos bloques de trabajo por la investigadora principal, acompañada del Personal de Enfermería que labora en el CMF, quien proporcione la primera aproximación al paciente y al contexto social y cultural, donde se realiza la investigación.

Objetivos:

- Adquirir el consentimiento informado de la participación en el estudio

- Mantener un clima de confianza y respeto para llevar a cabo la intervención
- Identificar las necesidades afectadas en los pacientes con ICC

Acciones:

- Visitar a los pacientes para invitarlos a participar en la investigación, explicarle los beneficios que recibirá y las características de la intervención.
- Entregar para su lectura y firma del documento: consentimiento informado al paciente y al familiar.
- Realizar la aplicación del cuestionario para paciente con ICC, una vez conocida la conformidad para participar en la investigación.
- Efectuar el cierre de la primera visita y acordar el horario de las próximas sesiones.

Duración: Aproximadamente 60 minutos.

Recursos materiales:

-Modelos de consentimiento informado para pacientes y familiar.

-Cuestionario para pacientes (papel y lápiz)

ETAPA 2: DISEÑO DE LOS COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN

La investigadora principal coordina esta etapa en bloques de trabajo:

1. Intervención de Enfermería educativa, en grupo (Anexo 12)
2. Establecimiento de las prioridades en la atención a cada paciente y diseño de las acciones a implementar.

El primer bloque de trabajo es una Intervención de Enfermería educativa, en grupo, con seis sesiones de trabajo, se efectuó entre los meses de septiembre a diciembre del 2018, con una frecuencia semanal y una duración aproximada de dos horas cada una, con el objetivo de modificar el nivel de información en un grupo de pacientes con ICC, y el segundo bloque de trabajo con sesiones en el hogar, por su naturaleza constituyen un conjunto de acciones sucesivas y coordinadas. La concreción en la práctica se realizó según el contexto específico de cada paciente y con una orientación personalizada al paciente y su familia, el diseño de la intervención partió de las bases de los cuidados paliativos, elementos esenciales para las acciones con el paciente, con seis sesiones, a razón de dos semanales y una duración aproximada de una hora en cada una y la evaluación del resultado de la intervención se realizó al mes de la última actividad, donde se le aplica el cuestionario post/intervención, los resultados se expondrán en el epígrafe de evaluación y los materiales educativos: 2 trípticos: 1) "Cómo aprender a vivir mejor con Insuficiencia Cardíaca Crónica" y 2) "Cómo cuidar a un familiar con ICC" (Anexos 13)

Objetivos:

- Analizar los resultados del cuestionario y la pertinencia de profundizar en los resultados encontrados.
- Establecer las prioridades de atención a los pacientes de acuerdo con el enfoque del cuidado paliativo domiciliario.
- Diseñar las acciones a cumplir, de acuerdo a los pilares de los cuidados paliativos.
- Controlar las variables en estudio.

Procedimiento general: Se realizó un análisis grupal e individual y las acciones a tener en cuenta en la intervención.

Responsable: Autora de la investigación

Acciones

- 1) Presentar en tablas de frecuencia los resultados del análisis descriptivo de datos obtenidos en el cuestionario para pacientes con ICC.
- 2) Generalizar el conocimiento de los resultados de la exploración de las necesidades afectadas en cada paciente.
- 3) Establecer prioridades en la atención a cada paciente para el diseño de las acciones.
- 4) Diseñar las acciones basadas en los pilares de los cuidados paliativos y se establecen las características generales del tratamiento y cuidados para cada caso:
 - Valoración integral del paciente y sus síntomas, su frecuencia e intensidad, tanto desde el punto de vista fisiológico como psicológico, así como los factores desencadenantes, el apoyo emocional y la comunicación con el paciente y a la familia.
- 5) Identificar las acciones a desarrollar, teniendo en cuenta las principales necesidades afectadas.
- 6) Coordinar con la dirección del Policlínico XXX Aniversario de la Caída en Combate del Guerrillero Heroico y sus Compañeros para evitar intervenciones ajenas al enfoque de cuidados paliativos, comunicando aquellas acciones indispensables que pudieran sesgar los resultados de la investigación.
- 7) Orientar a la familia de no asumir otras intervenciones ajenas en el tiempo de este estudio

Duración: 1 hora

Recursos materiales: local, computadora, pizarra, papel para anotaciones y lápiz

ETAPA 3: IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES

Etapa integrada por dos bloques de trabajo, el primero la Intervención de Enfermería educativa, en grupo (Anexo 12), se implementa en seis sesiones de trabajo y el segundo bloque el establecimiento de las prioridades en la atención a cada paciente y diseño de las acciones a implementar, que osciló en correspondencia con las necesidades de cada paciente. Las acciones que se realizaron están relacionadas con la teoría de Virginia Henderson, en un inicio el Personal de Enfermería debe actuar por el paciente solo cuando este no tenga

conocimientos, fuerza física, voluntad o capacidad para hacer las cosas por sí solo o para llevar correctamente el tratamiento, la idea es asistir o contribuir a la mejoría del paciente hasta que él mismo pueda atenderse por sí solo.

Sesiones 7-8. Control de síntomas y adaptación de los pacientes a la ICC

Objetivos:

- 1) Mejorar la adaptación de los pacientes en relación a los síntomas de la ICC y su control en el hogar.
- 2) Incrementar las habilidades para el control de los síntomas.

Procedimiento general:

Se concibe a partir de instrucciones a los pacientes en un lugar adecuado, en su hogar, reforzando la información recibida en la Intervención de Enfermería educativa en grupo, sustentado con un plegable: "Cómo aprender a vivir mejor con Insuficiencia Cardíaca Crónica", que contiene la información para ellos.

Responsable: Autora de la investigación

Acciones:

- 1- Valorar con el paciente sus necesidades afectadas.
- 2- Explicar al paciente instrucciones sencillas y fáciles para el alivio de sus síntomas fisiológicos y psicológicos, el cumplimiento del tratamiento médico, la importancia de los horarios, la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.
- 3- Explicar al paciente sobre sus síntomas, no debemos olvidar que el enfermo está preocupado y quiere saber el porqué; explicarle y asimismo a la familia, los síntomas de la ICC y el tratamiento médico.
- 4- Explicar al familiar sobre los síntomas, porque una familia bien informada de lo que pretendemos hacer, será siempre más colaboradora y facilitará mucho el control de los síntomas.
- 5- Mantener una correcta monitorización de los síntomas nos ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento y mejorar el trabajo al poder comparar los resultados.
- 6- Optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos negativos en el paciente.
- 7- Discutir siempre las opciones del tratamiento con el enfermo y valore sus preferencias.
- 8- Monitorear los medicamentos que tiene que tomar el paciente, con qué intervalos, la vía de administración, los medicamentos que tiene que tomar a horas fijas y los que puede tomar sólo si los precisa y para qué sirve cada uno de los medicamentos.
- 9- Controlar los efectos secundarios de los medicamentos, que varían mucho de unos pacientes a otros y estos cambios serán importantes a medida que la enfermedad avanza, llegando la ICC a las fases más avanzadas
- 10- Controlar en la próxima visita los conocimientos y habilidades adquiridas.

Un buen control de síntomas implica mejorar el sueño, fomentar la comunicación con otras personas, disminuir sentimientos de culpa e impotencia, fomentar la actividad física.

Según Virginia Henderson, la salud del cuerpo y de la mente también se logra con actividades de la productividad mental de la persona al momento de adquirir conocimientos nuevos y mantener al paciente desarrollando habilidades, destrezas y conocimientos, es favorable para la salud.

Duración: Aproximadamente 60 minutos.

Recursos materiales:

Tríptico: "Cómo aprender a vivir mejor con Insuficiencia Cardíaca Crónica"

Sesiones 9-10. El apoyo emocional y la comunicación con el paciente y la familia.

Objetivos:

- 1) Propiciar una adecuada comunicación con el paciente.
- 2) Detectar y afrontar las causas del sufrimiento (disminución de la autoestima, temores, miedos, síntomas no tratados, etc.) en el paciente y su familia
- 3) Lograr en la paciente autonomía en el manejo de su condición, (si su estado mental lo permite).
- 4) Facilitar la solicitud y aceptación de apoyo por familiares, amigos, vecinos.

Procedimiento general:

Se ejecutó a partir de lo referido por el paciente en el cuestionario para pacientes con ICC y la entrevista semiestandarizada a la familia.

Responsable: Autora de la investigación

Acciones:

- 1- Aceptar al paciente con sus temores, miedos, sus desesperanzas por su enfermedad (ICC) y sus comorbilidades, asegurándole compañía.
- 2- Fomentar la esperanza de que se hará todo lo posible para el control de sus síntomas y sus cuidados.
- 3- Estimular la creatividad en sus acciones para su vida cotidiana, de una forma positiva.
- 4- Ofrecer en todo momento confianza, respeto, incrementar su autoestima sin mostrar conductas sobreprotectoras.
- 5- Facilitar la comprensión de las reacciones del paciente ante la ICC.
- 6- Mantener con la familia una comunicación abierta y no reprimir las manifestaciones de sus emociones.
- 7- Ofrecer apoyo, comprensión y seguridad al paciente y familiares.

Duración: Aproximadamente 60 minutos.

Recursos materiales:

Se entrega a la familia el tríptico: "Como cuidar a un familiar con Insuficiencia Cardíaca Crónica"

Sesiones 11-12. Fortalecimiento de roles familiares y sociales

Objetivos:

- a) Propiciar una adecuada comunicación entre los miembros de la familia y el paciente.
- b) Facilitar la solicitud y aceptación de apoyo social por familiares, amigos, vecinos.
- c) Fortalecer las actividades realizadas en sesiones anteriores.

Responsable: Autora de la investigación

Procedimiento general:

Se ejecutó a partir de la entrevista semiestandarizada con la familia

Acciones:

- 1- Contar con el apoyo y comprensión por parte de toda la familia.
- 2- Informar acerca de la enfermedad del paciente, cuidados de forma clara.
- 3- Brindar instrucciones para mejorar las habilidades de comunicación con la familia (escucha activa, empatía, cordialidad, respeto y confidencialidad).
- 4- Participación a los pacientes en la planificación y evaluación de los cuidados que se le realicen.
- 5- Disponer de apoyo espiritual y religioso respetando sus costumbres.

Duración: Aproximadamente 60 minutos.

Recursos materiales: tríptico: "Cómo cuidar a un familiar con Insuficiencia Cardíaca Crónica"

ETAPA 4: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

En el transcurso de todas las sesiones, se efectuó la evaluación de los cambios de cada paciente respecto a las necesidades afectadas en las cuales se centró la intervención. La evaluación del resultado de la intervención se realizó al mes de la última actividad. Se efectuó en una sola sesión y la autora de la investigación estuvo al frente de la actividad.

Sesión 13. Evaluación de la satisfacción de las necesidades de los pacientes con ICC, que reciben cuidados paliativos en su domicilio, tras la implementación de la Intervención de Enfermería en cuidado paliativos a los pacientes con ICC.

Se desarrolla una vez ejecutada la Intervención de Enfermería educativa y las acciones previstas en las tres etapas de la intervención, se hace necesario conocer sus resultados, para lo cual se propone la evaluación, en la cuarta etapa.

Procedimiento general:

Se aplicó nuevamente el cuestionario para pacientes utilizado en la primera sesión y la entrevista semiestandarizada al familiar, los cambios se estimaron a partir de las diferencias encontradas después/antes.

La presente etapa tiene como objetivos parciales los siguientes:

- 1. Constatar el nivel logrado con la ejecución de las acciones previstas en las etapas anteriores de la intervención.

2. Caracterizar las necesidades de los pacientes con ICC.
3. Proyectar nuevas acciones para dar continuidad a la intervención a partir de las dificultades detectadas.

Acciones:

- 1- Aplicar el cuestionario para pacientes con ICC.
- 2- Realizar la entrevista semiestandarizada a la familia.
- 3- Identificar los cambios en cada paciente que resultaron favorables o desfavorables y retroalimentar al Personal de Enfermería para la continuación de la intervención.
- 4- Analizar los resultados de las acciones implementadas por el Personal de Enfermería.

Duración: Aproximadamente 60 minutos.

Recursos materiales: Cuestionario para pacientes con ICC y entrevista semiestandarizada al familiar.

Referencias bibliográficas

1. Pereira-Rodríguez, J E.; Rincón-González, G; Niño-Serrato, D R. Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. CorSalud, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 58-70, ene. 2016. ISSN 2078-7170. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/98/240>
2. López A. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de publicaciones. Madrid 2011. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
3. Ramos Rodríguez V. Estrategia de intervención de enfermería a cuidadores de niños y adolescentes con fibrosis quística. [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2019
4. Grau J, Chacón M, Reyes MC. Los cuidados paliativos al paciente oncológico en Cuba. Periodos y etapas (Pasado y Presente). La Habana: Editorial MINSAP, 2008.
5. Figueredo Villa K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado [Internet]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2014 Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/741/>
6. Medina Méndez A, Ulate Arguedas H. El rol de los Cuidados Paliativos en la Insuficiencia Cardiaca Avanzada y Terminal. Rev. Clin Esc Med. 2019;9(6):37-44
7. Hernández Díaz J, Paredes Carbonell JJ, Torrens RM. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. Aten Primaria [Internet]. 2014 ,46(1): [aprox. 1 p.] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671300200X>
8. Rodríguez Arce MA. Técnicas participativas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
9. Naranjo Y. Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad. (Tesis de Doctorado): Facultad de Enfermería "Lidia Doce". Universidad Ciencias Médicas de La Habana; 2016

ANEXO 12. Intervención de Enfermería educativa a un grupo de pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica

Justificación:

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) alcanzan proporciones epidémicas y contribuyen sustancialmente a la mortalidad general. La Insuficiencia Cardíaca es una de las causas principales de morbimortalidad a escala mundial y en Cuba, que afectan de manera creciente, a poblaciones en edad laboral y contribuyen desproporcionadamente a la pérdida de años potenciales de vida saludable y de productividad económica, situación que es reconocida como un problema de Salud Pública mayúsculo y creciente.¹

Importantes avances en el tratamiento de las ICC han sido facilitados por la identificación de los factores de riesgo tradicionales, pero a pesar de la evidencia clínica acumulada, la implementación de estrategias para prevenir las Insuficiencia Cardíaca Crónica, aún permanecen lejos de ser óptimas, por lo que la enfermera(o) juega un importante rol en la prevención primaria individual, en la que se requiere de un enfoque de tratamiento individualizado por lo que debe centrar su intervención múltiples factores de riesgo cardiovascular. Sus recomendaciones en los cambios en el estilo de vida o el tratamiento medicamentoso deberían estar basadas en los factores desencadenantes.

Teniendo en consideración que el conocimiento como atributo humano, propiciado por la educación, debe extenderse a todo el tiempo vital de forma integrada y sistémica, de manera tal que se garantice un proceso de aprendizaje permanente, se decide aplicar la intervención educativa.

Objetivo General:

Modificar el nivel de información en un grupo de pacientes con ICC, en la atención primaria de salud.

Objetivos Específicos:

- Brindar elementos de análisis acerca de las Insuficiencia Cardíaca Crónica y factores desencadenantes, de forma que los participantes puedan integrarlos a su vida cotidiana y utilizarlos para comprender mejor su contexto y mejorar su bienestar.
- Propiciar una dinámica de participación y diálogo que motive las relaciones de confianza y logre un nivel de asimilación asertivo y de colaboración grupal.
- Evaluar los resultados de la implementación de la intervención.

I-Fase preparatoria: en esta fase se realiza la sensibilización y conformación de un grupo para el desarrollo de la intervención. Se determinan las vías, métodos, técnicas, actividades dirigidas hacia los pacientes, en relación a las necesidades. Se realizó la intervención con una frecuencia de seis sesiones en cinco grupos (cinco sesiones semanales), con una duración de seis semanas, en el aula del policlínico.

II -Fase ejecutiva: se pone en práctica las actividades previstas en la planificación, entre las actividades de la intervención existe una estrecha relación y posibilitan que los pacientes se apropien de los contenidos impartidos.

Temas seleccionados:

Los temas seleccionados se agrupan por actividades y responden a las necesidades de aprendizaje identificadas, siendo los siguientes temas:

1. Conociendo amigos.
2. Generalidades de las Insuficiencia Cardiaca.
3. Factores desencadenantes.
4. Resumen y cierre.

Procedimientos:

1. Introducción: muy brevemente el coordinador (persona eventual que imparte el tema al grupo) se presenta diciendo su nombre y explica los objetivos.
2. Presentación de los participantes: con un rollo de estambre, el coordinador se sitúa en el centro de un círculo formado por todos los participantes, le lanza el rollo a cualquiera de estos y quien lo recibe debe presentarse diciendo su nombre, edad y estado civil. Cuando esa persona termina, lanza el rollo a otro cualquiera, pero se queda con el extremo del hilo y así sucesivamente se formará entre todos una Tela de Araña.
3. Ejercicio de expectativa: en una hoja de papel de forma individual y anónima deberán responder la siguiente pregunta: ¿Cuál tema me gustaría que se tratara?, después se colocan los papeles en una caja para mezclarlos, una vez hecho esto, cada participante toma uno al azar y va leyendo en voz alta para todo el grupo. Las expectativas que no estén contenidas, se incluirán para satisfacer las necesidades de todos los miembros.
4. Presentación: los temas que se tratarán serán escritos en una pizarra dejando espacio entre unos y otros para que puedan incluirse nuevas expectativas surgidas del paso anterior.

5. Encuadre: en este paso se definen colectivamente los objetivos que se persiguen, las funciones de los participantes según sus preferencias y del coordinador, las evaluaciones, la duración, la frecuencia de los encuentros, hora, lugar, entre otras condiciones necesarias.

Esto se realiza en forma de diálogo, escribiendo en la pizarra cada dato en particular. Dentro del encuadre deben formarse tres grupos que funcionarán de manera permanente durante toda la aplicación del sistema. En cada uno de estos grupos, sus integrantes le ponen un nombre que lo identifiquen de manera más atractiva.

6. Indicación de la tarea: se pide a los participantes que entreguen por escrito y de forma anónima la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Diga que es para usted Insuficiencia Cardíaca?
7. Resumen de la actividad: se pide a los participantes que definan con una palabra lo que han sentido durante este tiempo.

Descripción de las actividades de trabajo:

Sesión No. 1:

Tema: Conociendo amigos.

Forma educativa: técnica participativa.

Objetivos:

- Crear un estado favorable en los participantes que facilite la reflexión grupal.
- Explorar las expectativas de los participantes en relación con el tema.
- Definir el encuadre y la metodología que se debe seguir.

Contenidos:

- Encuadre y expectativa.

Actividades:

1. Introducción.
2. Presentación de los participantes. Técnica grupal "La Tela de Araña".
3. Ejercicio de expectativa.
4. Presentación de la Intervención de Enfermería educativa.
5. Encuadre.
6. Reflexión grupal.
7. Indicación de la tarea.
8. Resumen de la sesión.

Sesión No. 2:

Tema: Generalidades de las Insuficiencia Cardiaca.

Forma educativa: Discusión grupal.

Objetivos:

- Construir los elementos básicos relacionados con la Insuficiencia Cardiaca, de forma que los participantes interioricen ideas no discriminatorias ni absolutistas sobre los mismos y que le sirvan para su aplicación práctica en la vida diaria.

Contenidos:

- Breve recuento anatómico del corazón.
- Comportamiento estadístico en Cuba y en el mundo de las Insuficiencia Cardiaca.
- Definición de las Insuficiencia Cardiaca.
- Clasificación de la Insuficiencia Cardiaca.

Actividades y procedimientos:

1. Recogida y lectura comentada de las tareas: cada participante va depositando las tareas escritas en la cajita. El coordinador va leyendo las repuestas y escribe las palabras clave de cada uno en el pizarrón. Posteriormente el coordinador hace un resumen claro y preciso de la anatomía del corazón utilizando para su mayor comprensión medios auxiliares (maquetas). Establecerá de forma muy dinámica una comparación del comportamiento de las Insuficiencia Cardiaca en Cuba y en el mundo.
2. Reflexión grupal: mediante la lluvia de ideas se van reflejando en la pizarra las opiniones de los participantes acerca de lo que consideren como Insuficiencia Cardiaca.
3. Indicación de la tarea ¿Qué entiende usted por factores desencadenantes?
4. Resumen: basado en los conceptos que han ido quedando escritos en la pizarra, el coordinador hará un resumen breve de lo tratado en esta actividad, resaltando los aspectos más importantes.

Sesión No. 3:

Tema: Síntomas principales de Insuficiencia Cardíaca. Factores desencadenantes

Forma educativa: discusión grupal.

Objetivos:

Introducir a los participantes en el reconocimiento y percepción de los factores desencadenantes.

Contenidos:

- Síntomas principales de la Insuficiencia Cardíaca. Definición. Clasificación. Principales factores desencadenante de la Insuficiencia Cardíaca Crónica.

Actividades y procedimientos

1. Recogida y lectura comentada de la tarea: similar a la Actividad No. 2.
2. Reflexión grupal: mediante la lluvia de ideas se muestra en la pizarra las opiniones de los participantes sobre los criterios emitidos acerca de cómo deben clasificarse los factores de riesgo, una vez esclarecido en la lectura comentada de la tarea la conceptualización de los mismos.

En este paso se abordará de forma precisa por parte del coordinador la clasificación de los factores desencadenantes atendiendo a los criterios de:

- Factores modificables.
- Factores no modificables.

Se hará énfasis en aquellos comportamientos y estilos de vida que constituyen un factor predisponente e invocado en la génesis de Insuficiencia Cardíaca Crónica.

3. Ejercicio “Mito Dato”: todos los participantes se encuentran de pie en el centro del local, previamente se han colocado unos carteles en extremos opuestos del mismo donde se lee: “Mito” en un cartel y en el otro “Dato”. El coordinador lee una información y los participantes deben colocarse debajo del cartel Mito si piensan que no es cierta la información o debajo del cartel Dato si piensan que lo leído es un dato de la vida real.

Varios miembros de cada grupo que se forma deben explicar por qué se han decidido por ese cartel, si de esta forma se propicia un análisis sobre lo que es un mito o prejuicio y su carácter nocivo, en este caso para el agravamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica.

Las afirmaciones que se deben leer serán:

- El cigarro no hace nada porque mi abuelo fumó cuarenta años y nunca le pasó nada.
- Mis padres comieron siempre con manteca de puerco en exceso y se murieron de viejos, por lo que no les hizo nada al corazón, por eso considero que no es dañina.
- La práctica sistemática de ejercicios físicos como por ejemplo los aeróbicos y caminar no es recomendable para el paciente con ICC.
- El paciente con alguna enfermedad cardiovascular para lograr una evolución satisfactoria de su enfermedad debe mantenerse el mayor tiempo posible en reposo.

-Los medicamentos indicados por el facultativo se tomarán solo cuando el paciente tenga síntomas.

-La ICC está estrechamente asociada a estilos de vida insanos.

-El paciente con ICC debe ser valorado por su médico y enfermera de la familia tres veces al año, independientemente de que no tenga síntomas.

Aquí el coordinador dejará claro todos aquellos aspectos de los cuales surgieran dudas o se prestaran a confusión.

4. Indicación de la tarea: se plantea la siguiente situación problemática “Ana de 56 años de edad, fumadora y Roberto de 66 años, fumador, son un matrimonio de 22 años que al realizarle visita de terreno por el equipo básico de salud refiere Ana: “aquí comemos de todo, Roberto a pesar de ser gordo no se limita a comer nada, comemos carne de cerdo casi todos los días, ya que aquí los criamos y por eso nunca falta este tipo de carne ni la manteca. Nunca nos ha pasado nada, ahora a mí me está subiendo la presión y me duele un poco el pecho, pero seguro no es por eso” ...

¿Qué opina usted de los hábitos nutricionales de esta familia?

Sesión No. 4:

Tema: Consumir demasiada sal es un factor desencadenante.

Forma educativa: técnica participativa.

Objetivos:

- Reconocer por parte de los participantes las razones que le dan carácter de factor desencadenante.

Actividades y procedimientos:

1. Recogida y lectura comentada de la tarea: similar a la Actividad No. 2.
2. Exposición sobre los daños que produce el consumo de sal.
3. Indicación de la tarea. ¿Con qué frecuencia a usted, como paciente le han orientado que debe acudir a su consultorio para chequeo y control?
4. Resumen: similar a la Sesión No. 2

Sesión No. 5:

Tema: Seguimiento y control del paciente con Insuficiencia cardiaca en la comunidad.

Forma educativa: técnica participativa.

Objetivos:

- Que los participantes conozcan la frecuencia con que deben asistir a consultas de seguimiento en la comunidad.

Actividades y procedimientos:

1. Recogida y lectura comentada de la tarea: similar a la Actividad No. 2
2. Dramatización sobre el seguimiento en consulta: los personajes son tres: Pedro de 78 años con Insuficiencia Cardíaca Crónica y su esposa María Teresa de 73 años, dispensarizada en el consultorio por Hipertensión Arterial, Andrés de 51 años el hijo de ambos. La escena consiste en que Pedro y María Teresa recibieron la visita de la enfermera del consultorio al que pertenecen donde se les comunica que les corresponde la consulta de seguimiento, ya que no son vistos por el médico de la familia desde hace seis meses. Cuando ambos se disponían a salir al consultorio, su hijo Andrés que se encontraba muy apurado para participar de un juego de dominó en casa de unos amigos necesitaba que le plancharan una camisa, pues aunque contaba con más ropa lista para usar exigía que debía ser precisamente la que se encontraba sin planchar, no cesaba de gritarle a los padres al reconocer que iban a salir para acudir a su médico de la familia; argumentando que no perdieran el tiempo con tanto médico si de todas formas ,fueran o no fueran al médico cuando les tocara morirse nadie lo podía evitar.

Al concluir la dramatización el coordinador expondrá la importancia de mantener la sistematicidad a las consultas de seguimiento por su médico y enfermera de la familia.

3. Resumen: similar a la Sesión No. 4.

Sesión No. 6:

Tema: Resumen y cierre.

Forma educativa: discusión grupal.

Objetivos:

- Sistematizar los conocimientos adquiridos durante la aplicación de la intervención.
- Evaluar las modificaciones en el nivel de conocimiento y adquisición de capacidades de autocuidado ocurridas a nivel individual y grupal después de la aplicación de la intervención.

Actividades y procedimientos:

1. Sistematización: el coordinador hará un resumen enfatizando en los contenidos más importantes.

2. Termina con una valoración de los aspectos positivos, negativos e interesantes de la actividad (PNI), sus resultados se tienen en cuenta para perfeccionar la intervención en su propio desarrollo.
3. Cierre y despedida: los participantes se ponen de pie formando un círculo y el coordinador agradece su participación. Si alguno lo desea puede expresar sus emociones sobre lo sentido durante la aplicación del sistema.
4. Al final, todos se dan un abrazo.

III- Fase Evaluativa: Comprende la sesión seis. Se desarrolla una vez ejecutada las actividades previstas en las etapas anteriores, se propone la evaluación con valoración de los aspectos positivos, negativos e interesantes.

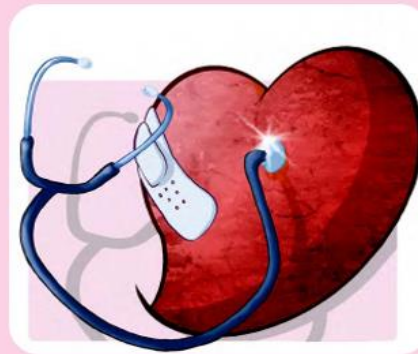
Anexo 13. Trípticos

Tríptico para el paciente. ¿Cómo aprender a vivir mejor con Insuficiencia Cardíaca Crónica?



En lugar de:	Pruebe esto:
Freír su comida	Homear, asar, cocer al vapor, escalfar o preparar a la parrilla los alimentos.
Comer comidas preparadas (sopas enlatadas, pizza y otras comidas congeladas)	Comer pescado fresco, pollo sin piel, frutas y verduras.
Usar mantequilla, manteca vegetal o aceites ricos en grasas saturadas o trans	Usar productos bajos en grasas saturadas y trans, como aceite de oliva, aceite vegetal.
Usar sal, salsa de soya o salsa de barbacoa	Usar especias sin sal.
Comer todo el producto de la carne	Quitar la grasa de la carne y la piel del pollo.
Comer yemas de huevo	Comer claras de huevo o sustitutos de huevo.

Cómo aprender a vivir mejor con Insuficiencia Cardíaca Crónica



Síntomas:	Como se le manifiestan:
Falta de aire	-No puede recuperar el aliento. -Siente opresión en el pecho. -Se siente cansado cuando camina. -Debe detenerse mucho cuando camina. -Es posible que empeore cuando se acuesta y que lo despierte durante la noche.
Hinchazón en los pies y en los tobillos	-Empeora al final del día o después de estar de pie durante mucho tiempo. -Es posible que le duela. -La presión puede dejarle marcas en la piel. -Es posible que ya no le quepan los zapatos.
Fatiga (Mucho cansancio)	-Tiene menos energía y se siente más cansado de lo habitual. -No puede esforzarse como antes.
Latidos cardíacos rápidos (anormales para usted)	-El corazón está acelerado o late fuerte. -El corazón se salta latidos (palpitaciones).
Cambio en la micción	-Orina más por las noches.
Aumento de peso	-Se acumula líquido y aumenta de peso rápidamente.

Cuidados del paciente

Por lo general, la insuficiencia cardíaca empeora con el tiempo. Pero hay muchas medidas que puede tomar para sentirse mejor y estar saludable más tiempo. Estas son las más importantes:



Tome sus medicamentos tal como le han sido recetados. Esto les da las mejores oportunidades de que lo ayuden.

Esté atento para poderlo ayudar. Pesarse todos los días es una de las mejores maneras de hacerlo. El aumento de peso puede ser una señal de que su cuerpo está reteniendo demasiado líquido.

Descubra cuáles son sus factores desencadenantes, y aprenda a evitarlos. Un desencadenante puede ser consumir mucha sal, omitir una dosis de su medicamento o hacer ejercicio demasiado intenso.



Limite la sal para ayudar a prevenir la retención de líquidos y que le sea más fácil bombear al corazón.

Trate de hacer ejercicio a lo largo de la semana. El ejercicio fortalece el corazón y puede ayudarlo a evitar síntomas.

Hay otras cosas que puede hacer para ayudar, como alimentarse bien, no fumar, no tomar alcohol, controlarse la presión arterial y mantenerse en un peso saludable. Estas cosas le facilitan al corazón que siga bombeando. También ayudan a reducir su riesgo de ataque al corazón y de ataque cerebral.

Vigile y prevenga sus síntomas

Y usted también puede aprender a darse cuenta de cuándo está empeorando su insuficiencia cardíaca.

Preste atención a sus síntomas. Los cambios en su peso, la dificultad para respirar, el apetito reducido y la hinchazón (por lo general, primero se nota en los pies y en las piernas)

Mantenga su dieta, su rutina de ejercicio y de medicamentos respetando todo lo posible un mismo programa.

Evite los factores que sabe que pueden desencadenar la insuficiencia cardíaca, como comer demasiada sal.

Controle su peso todos los días

Acostúmbrase a pesarse todos los días y a anotar su peso. Un aumento de peso repentino podría significar que el líquido se está acumulando en el cuerpo

Pésese a la misma hora todos los días, usando la misma báscula sobre una superficie dura y plana. El mejor momento es por la mañana, después de ir al baño y antes de comer o beber algo.

Use la misma ropa cada vez que se pese o no use nada. No use zapatos.

Tenga un calendario cerca de la báscula. Anote en él su peso cada día y llévelo consigo cuando vaya a la consulta

Siga una dieta saludable para el corazón

Además de limitar la sal, una dieta saludable para el corazón significa que usted:

Come más frutas, verduras, granos integrales y otros alimentos ricos en fibra.

Elige alimentos bajos en grasas

Come más alimentos altos en ácidos grasos omega-3 (pescado)



El ejercicio en forma regular

Fortalece el corazón.

Facilita la respiración.

Lo ayuda a sentirse mejor y a tener más energía.

Lo ayuda a controlar el peso y la presión arterial.

Consulte con su médico antes de empezar a hacer ejercicio. Caminar es una gran manera de hacer ejercicio. Si su médico dice que es seguro, comience con caminatas cortas y, luego, haga sus caminatas gradualmente más largas. Nadar, montar en bicicleta o hacer gimnasia aeróbica podrían ser otras buenas opciones.

La insuficiencia cardíaca trae grandes cambios a su vida

Es posible que luche con la tristeza y la preocupación. Es posible que se pregunte si aún podrá disfrutar de su vida. Sobrellevar sus sentimientos y buscar ayuda cuando la necesite pueden ayudarlo a vivir mejor



Depresión y ansiedad

La insuficiencia cardíaca puede ser emocionalmente difícil. Es posible que se sienta deprimido por no poder hacer algunas de las cosas que solía hacer.

Es posible que le preocupe su futuro.

Y los síntomas de insuficiencia cardíaca, como la falta de aire, pueden aumentar esta ansiedad.

Estos sentimientos son normales: sentirse triste y sin esperanzas la mayor parte del tiempo, o si se preocupa mucho. La depresión y la ansiedad pueden tratarse con asesoría psicológica y medicamentos.



Consiga apoyo

El apoyo emocional de sus amigos y su familia puede ayudarlo a enfrentar las dificultades que presenta. Usted podría considerar la posibilidad de unirse a un grupo

de apoyo, conocer a otras personas con los mismos problemas puede ayudarlo a saber que no está solo.

Tríptico para la familia. ¿Cómo cuidar a un familiar con Insuficiencia Cardíaca Crónica?

Recuerda que existe una relación de colaboración entre tu familiar, Personal de Enfermería y tú, pregúntale los efectos de los medicamentos y las reacciones adversas



Apoyo emocional:

Tu familiar tendrá días buenos y días malos, tanto física como emocionalmente, aunque siempre intentarás prestarle el mayor apoyo posible, tú también tendrás días buenos y días malos, y a veces quizá te verás desbordado. En esos momentos, tienes que hablar con alguien, ya sea un Personal de Enfermería, un miembro de la familia o un amigo.

Recuerda que tienes que cuidar de ti, reconocer tus propios límites y pedir ayuda a los demás cuando sea necesario. Conservar elementos de tu propia vida, esto no significa ser egoísta, es esencial para ayudarte a ser un mejor.

Además, si ves que a ti y a tu familiar le resulta difícil controlar los síntomas de la enfermedad, ponte en contacto con el Personal de enfermería del CMF o el médico, pide ayuda cuando la necesites no tienes por qué hacerlo todo tú solo



Cuidado día a día:

Modifica su alimentación para que siga una dieta más saludable.

Ayúdalo a practicar deportes, el ejercicio suave de forma regular es bueno para el cuidado de su corazón.

Ayúdalo a mantener el estrés bajo control.

A la hora de cocinar, ten en cuenta la dieta que debe seguir, evitando las comidas altas en sal o grasas, elaboren juntos un plan de comidas saludables con platos que le gusten a los dos.



Ayuda a tu familiar a seguir las indicaciones médicas, realizando con él o ella algunas de las actividades.

Adopta un papel activo en las visitas del Personal de Enfermería, hazle todas las preguntas que tengas y toma nota para aclarar todas tus dudas.

Recuerda siempre:

No tengas miedo de pedir apoyo -todo el mundo tiene sus límites, reconoce los tuyos y recurre a las personas que pueden prestarte apoyo. Es importante que se reconozca tu compromiso con tu ser querido y que la familia y los amigos también comprendan la importancia de tu papel, así que habla de tu papel y de cualquier dificultad tengas

“COMO CUIDAR A UN FAMILIAR CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA”





Cuidar de alguien con ICC significa comprender la enfermedad y su repercusión en la vida lo mejor posible, pero no significa que la enfermedad deba condicionarte a ti.

A veces, los síntomas de la ICC pueden empeorar rápido, puede deberse a un acontecimiento temporal y ser de corta duración

¿Dónde se encuentra tu familiar en esta escala hoy?

CLASE DE LA NYHA SÍNTOMAS

I	Tu familiar puede practicar cualquier actividad física sin quedarse sin aliento, cansarse ni tener palpitaciones
II	Se queda sin aliento, se cansa o tiene palpitaciones cuando realiza actividades más agotadoras. Por ejemplo, subir pendientes o subir varios tramos de escaleras
III	Se queda sin aliento, se cansa o tiene palpitaciones cuando realiza actividades cotidianas (por ejemplo, caminar por un camino llano).
IV	Se queda sin aliento en reposo y prácticamente no puede salir de casa. No puede practicar ninguna actividad física sin quedarse sin aliento, cansarse o tener palpitaciones.

VIGILA	QUE OBSERVAS	LO QUE PUEDES HACER PARA AYUDARLO
aumento de peso repentino	puede ser a causa de la acumulación de líquido en el cuerpo debido a un empeoramiento	Animalo a que se pese diario a la misma hora. _vigile cuánto líquido bebe y no debe superar la cantidad indicada
Hinchazón	_en la parte inferior de las piernas, el abdomen o los pies del paciente.	Animalo a tomarse descansos durante el día y tener las piernas elevadas sobre una silla
Respiración	Puede tener dificultad para respirar cuando hace un esfuerzo o está acostado en la cama.	Sugierele no hacer esfuerzos excesivos. Si la respiración empeora por la noche, dale muchas almohadas para que pueda recostarse en la cama y respirar mejor.

cansancio	Mucha gente que sufre esta enfermedad se siente muy agotado	Que tenga pausas cada día, que tenga un ritmo pausado
mareos/aturdimiento.	A veces, puede sentirse mareado o aturrido debido a la enfermedad y a la medicación que toma.	Que se tome el tiempo necesario para levantarse de la cama y estabilizarse antes de empezar a caminar, puede caerse



Tratamiento médico:

Los pacientes deben responsabilizarse de su propia medicación, saber exactamente qué toma y con qué frecuencia, y comprender por qué lo toma.

Puede que tenga que tomar muchas pastillas todas ellas tienen una función.

Debe asegurarse de que toma cada pastilla a la hora indicada y según las recomendaciones del médico, un pastillero diario podría ser útil.

ANEXO 14. Curso de superación: Introducción a los cuidados paliativos en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, en la APS

Expediente de curso

Título: Introducción a los cuidados paliativos en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica, en la APS

Tipo de actividad: Curso

Universidad o centro autorizado: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

Facultad o departamento: Policlínico XXX Aniversario de la Caída en Combate del Guerrillero Heroico y sus Compañeros.

Profesor Principal: MSc. Amarelys Rodríguez León

E-mail: amarelysr72@gmail.com

Título académico: Licenciado en Enfermería. Categoría docente o científica: Profesor auxiliar. Investigador agregado

Número de horas: 192 h. Cantidad de créditos académicos: 6 créditos

Modalidad: Tiempo completo (X) Tiempo parcial () A distancia ()

Fecha de Inicio y final:

Justificación:

Cada vez más profesionales se encuentran cargados de preguntas cuando se enfrentan a la enfermedad avanzada y terminal. No es infrecuente que incluso cuando el problema toca cerca, en algún familiar, el profesional no se sienta capaz de dar un enfoque adecuado.

Una de las características básicas que deben tener los cuidados paliativos es procurar una atención integral tanto al paciente como a su familia. Ello sólo puede lograrse a partir de equipos multidisciplinarios capaces de afrontar las diferentes necesidades de los pacientes y sus familias en las diferentes etapas de la enfermedad y en los variados ámbitos asistenciales.

Para encontrar respuestas a estas y a otras muchas cuestiones se ha preparado dicho curso que está centrado en contenidos útiles para todos los profesionales que están implicados en el cuidado del paciente.

Estudiantes: Personal de Enfermería

Estructura del programa:

- a) Sistema de objetivos generales
 1. Explicar los cuidados y conductas del profesional de enfermería ante las necesidades del paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC).
 2. Explicar la historia de los cuidados paliativos y del movimiento hospice.
 3. Valorar los modelos y teorías para el servicio de enfermería en cuidados paliativos.
 4. Comparar los modelos y teorías de enfermería de las diferentes escuelas del pensamiento teniendo en cuenta los principales conceptos y definiciones.
 5. Identificar aspectos relevantes de las necesidades de atención del paciente con enfermedades crónico degenerativas incapacitantes y/o terminales y en final de vida y del desarrollo de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud.
 6. Relacionar las actitudes éticas de la atención de Enfermería en Cuidados Paliativos según las necesidades de los pacientes.

7. Explicar la comunicación como instrumento facilitador para la adaptación del paciente y la familia a la situación real.
8. Explicar los principios de los cuidados paliativos.
9. Adoptar decisiones en cuanto a los cuidados paliativos en los pacientes ICC.

Nivel de asimilación del contenido

Tercer nivel o producir: Aquí el profesional está preparado para aplicar el contenido ante una situación problemática o sea sabe emplear el conocimiento aprendido. Las habilidades son clasificar, comparar, valorar, realizar, resolver problemas, establecer conductas o adoptar decisiones, representaciones gráficas de un fenómeno.

Cuarto nivel o crear: Capacidad del profesional para enfrentar y resolver situaciones nuevas, esto se corresponde con las investigaciones científicas.

b) Sistema de conocimientos y habilidades

TEMA No. 1: Las enfermedades cardiovasculares: Insuficiencia Cardíaca Crónica.

1.1. Concepto. Etiología. Fisiopatología. Clasificación. Cuadro clínico. Complicaciones

1.2. Atención de enfermería a pacientes con enfermedades cardiovasculares.

TEMA No. 2: Introducción a los Cuidados Paliativos

2.1 Breve reseña histórica del desarrollo los cuidados paliativos. Filosofía de los cuidados paliativos

2.2 Historia del movimiento hospice, sus inicios. Evolución hacia un modelo de atención asistencial.

TEMA No. 3: Modelos y teorías para el servicio de enfermería en cuidados paliativos.

3.1 Principales. Modelos y tendencias. Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería. Clasificación de acuerdo a su rango y ubicación dentro de las diferentes escuelas de pensamiento.

3.2 Modelos y teorías en Enfermería de mayor relevancia en la práctica e investigación en enfermería: (Virginia Henderson). Principales conceptos y definiciones de cada una.

3.3 Componentes de las teorías y modelos presentes en la práctica cubana. Características representativas de la práctica de enfermería en Cuba.

TEMA No. 4: Enfermería en cuidados paliativos.

4.1 Síntomas más frecuentes y cuidados de Enfermería

- Control de síntomas
- Dolor y cuidados de Enfermería
- Síntomas y cuidados de Enfermería
- Las urgencias en cuidados paliativos
- Situación de los últimos días: la agonía

4.2 Aspectos éticos en cuidados paliativos

- Decisiones al final de la vida
- Dar información en cuidados paliativos

4.3 Comunicación en cuidados paliativos

- Desarrollar habilidades de comunicación en la relación enfermero -paciente-familia en el contexto de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas incapacitantes y/o terminales que son atendidos en domicilio.
- Implementar estrategias de manejo de duelo con el paciente y la familia.

4.4. Equipo interdisciplinario en cuidados paliativos

- Desarrollar habilidades para el trabajo en equipo de cuidados paliativos multidisciplinario en el contexto del paciente con enfermedades crónico degenerativas incapacitantes y/o terminales que son atendidos en su hogar.

TEMA No. 5: Principios de los cuidados paliativos. El manejo profesional de los pacientes.

5.1 Principios de los cuidados paliativos. Concepto

5.2 El manejo profesional de los pacientes.

Formas Organizativas Docentes

Encuentro	Fecha	Tema	F.O.E	Número de horas lectivas	No. Hs Estud. Indep.	Horas totales	Profesor
1		Tema 1: Las enfermedades cardiovasculares: Insuficiencia Cardíaca Crónica 1.1. Concepto. Etiología. Fisiopatología. Clasificación. Cuadro clínico. Complicaciones	Conf.	2 h	6 h	8 h	Msc Amarelys Rodríguez León
2		1.2 Atención de enfermería a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica	Taller	2 h	6h	8 h	Msc Amarelys Rodríguez León
3		Tema 2. Introducción a los Cuidados Paliativos 2.1. Breve reseña histórica del desarrollo los cuidados paliativos. Filosofía de los cuidados paliativos	Conf.	2 h	6 h	8 h	Msc Amarelys Rodríguez León
4		2.2. Historia de del movimiento hospice, sus inicios. Evolución hacia un modelo de atención asistencial.	Conf.	2 h	6 h	8 h	Msc Amarelys Rodríguez León
5		Tema 3. Modelos y teorías para el servicio de enfermería en cuidados paliativos. 3.1 Principales. Modelos y tendencias. Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería. Clasificación de acuerdo a su rango y ubicación dentro de las diferentes escuelas de pensamiento	Conf.	2 h	6 h	8 h	Msc Amarelys Rodríguez León

6		3.2 Modelos y teorías en Enfermería de mayor relevancia en la práctica e investigación en enfermería: (Virginia Henderson). Principales conceptos y definiciones de cada una.	Taller	4 h	12 h	16 h	Msc Amarelys Rodríguez León
7		3.3 Componentes de las teorías modelos presentes en la práctica cubana. Características representativas de la práctica enfermería en Cuba	Taller	4 h	12 h	16 h	Msc Amarelys Rodríguez León
8		Tema 4. Enfermería en cuidados paliativos. 4.1 Síntomas más frecuentes y cuidados de enfermería	Conf.	2 h	6 h	8 h	Msc Amarelys Rodríguez León
9		4.2. Aspectos éticos en cuidados paliativos	Taller	4 h	12 h	16 h	Msc Amarelys Rodríguez León
10		4.3 Comunicación en cuidados paliativos	Conf.	2 h	6 h	8 h	Msc Amarelys Rodríguez León
11		4.4 Equipo multidisciplinario en cuidados paliativos	Taller	2 h	6 h	8 h	Msc Amarelys Rodríguez León
12		Tema 4. Enfermería en cuidados paliativos.	Seminario	4 h	12 h	16 h	Msc Amarelys Rodríguez León
13		Tema 5: Principios de los cuidados paliativos. 5.1 Principios de los cuidados paliativos. El manejo profesional de los pacientes.	Conf.	2 h	6 h	8 h	Msc Amarelys Rodríguez León
14		5.2 El manejo profesional de los pacientes	Taller	4 h	12 h	16 h	Msc Amarelys Rodríguez León
15		Ejercicio final: presentación y defensa de ponencias grupales	Evaluación	8 h	24 h	32 h	
		TOTAL		48 h	144 h	192 h	

b) Escenarios, materiales y medios

Escenarios:

Las actividades se realizarán en la Atención Primaria de Salud, las teóricas en sus aulas y las prácticas en los Consultorios Médicos de la Familia y en los hogares

Materiales y medios: Pizarra, retroproyector, TV, video, computadora.

Sistema de evaluación: Incluye.

- Evaluación formativa: asistencia, puntualidad, participación en las evaluaciones frecuentes (60%). Para resultar aprobado se deberá acumular no menos de 40 puntos o sea el 70%.
- Evaluación final: La presentación de un trabajo y su discusión. Tiene un valor de 40 puntos. Para considerarse aprobado deberá acumular no menos de 28 puntos o sea el 70%.

El resultado final se expresará cualitativamente en el informe final como:

- 70 puntos: Desaprobado
- 70-79: Aprobado
- 80-89: Bien
- 90-100: Excelente

Bibliografía

1. Douglas P. Zipes, MD, Peter Libby, MD, PhD, Robert O. Bonow, MD, MS, Douglas L. Mann, MD and Gordon F. Tomaselli, MD. Braunwald. Tratado de cardiología: Texto de medicina cardiovascular. ISBN: 9788491133988. Editorial: Elsevier, 11ª Edición – 2019
2. MCMurray N.J. V, Pfeffer M A. Insuficiencia cardiaca: tratamiento y pronóstico. Tratado de Medicina Interna. Vol 1, Cap 59. Editorial: Elsevier España, S.L.U.; 24th Edición
3. Borrego M. Enfermería familiar y social. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. 2004
4. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería (4ta ed.). La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2007
5. García Caro M. Pensar en paliativo. Estudio cualitativo de la experiencia de profesionales médicos y enfermeros en la asistencia al enfermo terminal en Granada y provincia. [Tesis en opción al doctorado en Antropología]. Editorial de la Universidad de Granada. Andalucía. España. 2008. Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t93.pdf>
6. Pupo Ávila N, Acosta Cabrera OS. Promoción y Educación para la Salud. Medicina General Integral. Parte III, Vol I, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba ,2008: 82-85
7. Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Interfaces. Acta Bioethica.2006;12 (2): 231-242. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n2/art12.pdf>
8. Bayés R. Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. Revista Medicina Paliativa. Vol. 7. Madrid. 2000.
9. Lemus Lago ER, Radamés BC. Atención Primaria de Salud. Medicina General Integral. Vol. Parte III. Vol. I. La Habana: Editorial Ciencias.2008
10. Centeno C. Historia de los cuidados paliativos y el movimiento Hospice. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2010. Disponible en: http://www.masterpaliativos.com/ArchivosFTP/BackupXII/course_files/Taller Marzo 2010/Bibliografia/MovHospice.pdf
11. Soldevilla V. El cuidado paliativo: evolución histórica. Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones. 2015. Disponible en: http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001072.pd
12. OMS. Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe. Anexo N° 6. Documento de trabajo. Ginebra: OMS/OPS. 2000 https://www.who.int/occupational_health/regions/.../oehpromocionsalud.

13. Expósito Concepción MY. Intervención de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama avanzado. [Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería]. Facultad de Enfermería "Lidia Doce". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana. 2012
14. Grau J, Chacón M, Reyes MC. Los cuidados paliativos al paciente oncológico en Cuba. Periodos y etapas (Pasado y Presente). La Habana: Editorial MINSAP. 2008
15. Figueredo Villa K. Cuidados paliativos: evolución y desarrollo en Cuba. Enfermería Global. 2011;10(21). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000100017>
16. Reyes M, Grau J, Chacón MC. Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009

ANEXO 15. Aprobación y acreditación del curso de superación por el Consejo Científico

Fechado en: Habana

REPÚBLICA DE CUBA
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 FACULTAD DE TECNOLOGÍA ENFERMERÍA
 UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE VILLA CLARA
 DICTAMEN DEL DECANO

El que suscribe, Dr. (a) Maira Pérez de Corcho, Decana de la Facultad de Tecnología Enfermería de la UCMVC a propuesta del Jefe de Departamento de Postgrado del

Escuela de Postgrado de esta Facultad ha analizado la solicitud de

como Profesora del Curso perteneciente a Remedios

para el otorgamiento de créditos académicos en el

Teoría Entrenamiento Diplomado

del curso: Introducción a las cuidados paliativos en pacientes con GCM en la ADS

fundamentación:

Esta actividad de postgrado surge como una necesidad de aprendizaje identificada. El diseño del programa se encuentra bien estructurado metodológicamente. El curso cuenta con los recursos establecidos. Existe un orden lógico y pedagógico dentro de los componentes no personales del proceso docente en el programa, articulándose en sistema objetivos, contenidos, métodos, medios y evaluación, estos componentes internos dan respuesta a la forma organizativa que adopta la actividad. La bibliografía se encuentra actualizada.

Duración: 192 horas

Fue aprobado en el Acuerdo Nro. 43/2018 del Consejo Científico de la Facultad.

Por lo que he decidido aprobar que se otorguen 6 créditos académicos.

Relación de profesores y créditos otorgados:

Nombre y Apellidos del Profesor	No. de Créditos que se otorgan
Dr. <u>Amarellys Rodríguez León</u>	<u>6</u>

Fecha: 25-4-2018

Firma: Maira Pérez de Corcho

ANEXO 16. Algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los expertos

Secuencia de pasos a seguir:

Se calcula el Coeficiente de Conocimiento o Información (Kc), a través de la siguiente fórmula:

$$Kc = n (0,1)$$

Dónde:

Kc: Coeficiente de Conocimiento o Información

n: Rango seleccionado por el experto

-Se realiza una segunda pregunta que permite valorar un grupo de aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar.

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

-Se determinan los aspectos de mayor influencia. A partir de estos valores reflejados por cada experto en la tabla se contrastan con los valores de una tabla patrón:

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted			
Su experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

-Los aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar permiten calcular el Coeficiente de Argumentación (Ka) de cada experto:

$$Ka = (n1+ n2 + n3+ n4 + n5 + n6)$$

Donde:

Ka: Coeficiente de Argumentación

ni: Valor correspondiente a la fuente de argumentación i (1 hasta 6)

-Una vez obtenido los valores del Coeficiente de Conocimiento (Kc) y el Coeficiente de Argumentación (Ka) se procede a obtener el valor del Coeficiente de Competencia (K) que finalmente es el coeficiente que determina en realidad que experto se toma en consideración para trabajar en esta investigación.

Este coeficiente (K) se calculó de la siguiente forma:

$$K = 0,5 (Kc + Ka)$$

Donde:

K: Coeficiente de Competencia

Kc: Coeficiente de Conocimiento

Ka: Coeficiente de Argumentación

-Obtenido los resultados se valoran de la manera siguiente:

$0,8 < K < 1,0$ Coeficiente de Competencia Alto

$0,5 < K < 0,7$ Coeficiente de Competencia Medio

$K \leq 0,4$ Coeficiente de Competencia Bajo

- Se utilizan para la consulta expertos de competencia alta o media.

ANEXO 17. Tabla Caracterización del grupo de expertos

Expertos	Coficiente de competencia (K)	Cat. Docente	Grado Cient.	Cat. Investigativa	Años de experiencia
E1	Alta	Titular	Dr.C.	Titular	25
E2	Alta	Titular	Dr.C.	Titular	27
E3	Alta	Titular	Dr.C.	Titular	38
E4	Alta	Titular	Dr.C.	Auxiliar	23
E5	Alta	Auxiliar	MSc.	Auxiliar	26
E6	Alta	Auxiliar	MSc.		23
E7	Media	Auxiliar	MSc.		23
E8	Alta	Auxiliar	MSc.		25
E9	Alta	Auxiliar	MSc.	Agregado	25
E10	Alta	Auxiliar	MSc.		31
E11	Alta	Asistente	MSc.		29
E12	Media	Asistente	MSc.	Agregado	23
E13	Alta	Asistente	MSc.		28
E14	Media	Asistente	MSc.		35
E15	Alta	Asistente	MSc.		25

ANEXO 18. Valoración de los expertos

Valoración de los expertos por aspectos de la Intervención de Enfermería

Tabla 12. Aspectos de la Intervención de Enfermería

Aspectos de la Intervención de Enfermería	MA	BA	A	PA	I	Total
A1	10	5	0	0	0	15
A2	1	12	2	0	0	15
A3	15	0	0	0	0	15
A4	2	7	6	0	0	15
A5	4	7	4	0	0	15
A6	4	3	8	0	0	15
A7	8	7	0	0	0	15
A8	0	4	11	0	0	15
A9	15	0	0	0	0	15
A10	9	6	0	0	0	15

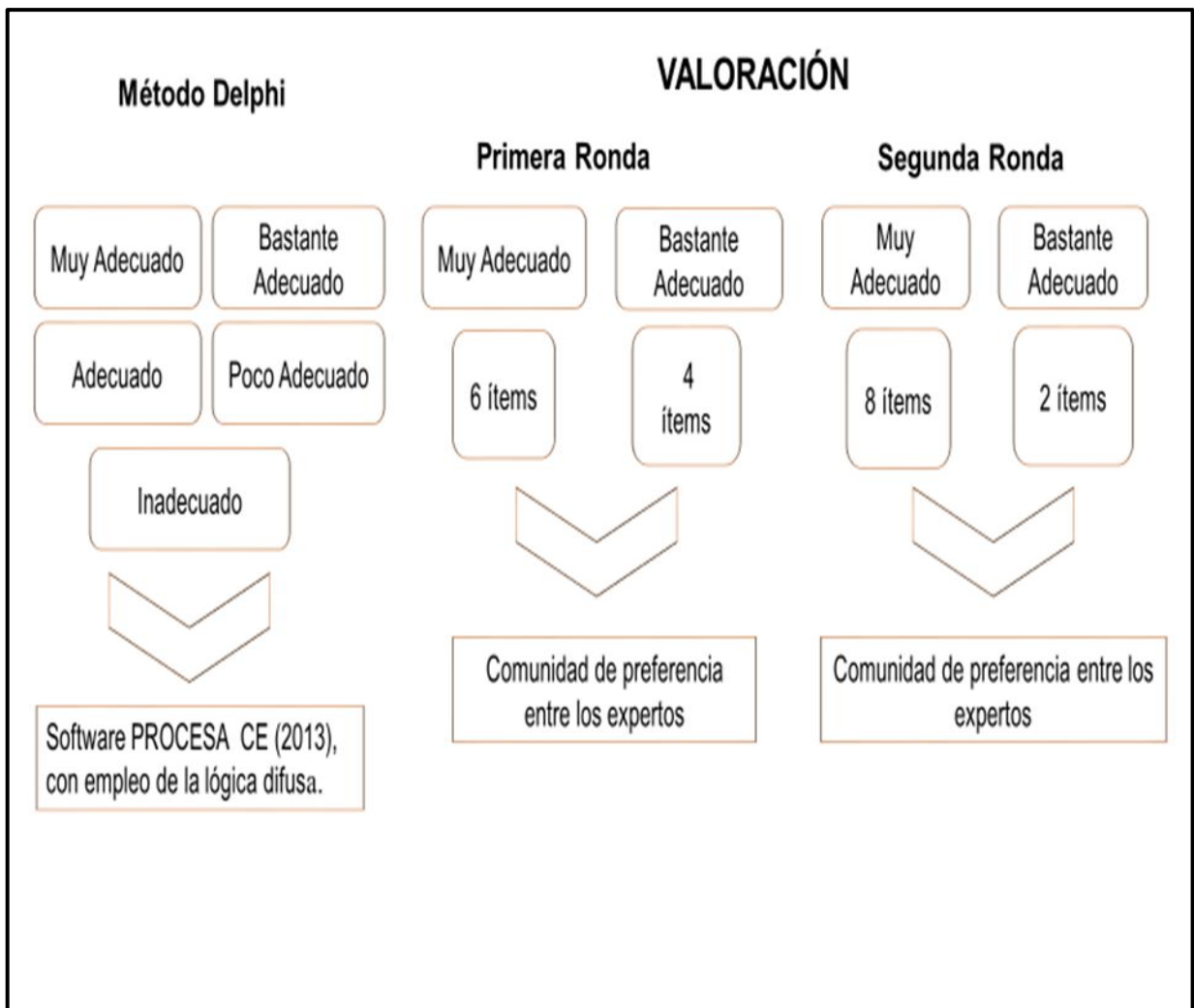
Fuente: Cuestionario de los expertos

Leyenda:

A	Aspectos de la Intervención de Enfermería
A1	Premisas de la Intervención de Enfermería.
A2	Requisitos de la Intervención de Enfermería
A3	Características la Intervención de Enfermería
A4	Etapas I de la Intervención de Enfermería
A5	Etapa II de la Intervención de Enfermería
A6	Etapa III de la Intervención de Enfermería
A7	Etapa IV de la Intervención de Enfermería
A8	Representación gráfica de la Intervención de Enfermería
A9	Curso de superación: Introducción a los cuidados paliativos en pacientes con ICC, en la APS.
A10	Intervención de Enfermería educativa dirigida a pacientes con ICC.

Valoración de los expertos por rondas

Gráfico 3. Valoración por criterios de los expertos por rondas



Fuente. Validación de los expertos.

Valoración de los expertos. Análisis de frecuencias

Tabla13. Frecuencia Acumulada

Aspectos de la Intervención de Enfermería	MA	BA	A	PA	I
A1	10	15	15	15	15
A2	1	13	15	15	15
A3	15	15	15	15	15
A4	2	9	15	15	15
A5	4	11	15	15	15
A6	4	7	15	15	15
A7	8	15	15	15	15
A8	0	4	15	15	15
A9	15	15	15	15	15
A10	9	15	15	15	15

Fuente: Cuestionario de los expertos

Tabla 14. Matriz de frecuencias relativas

Aspectos de la Intervención de Enfermería	MA	BA	A	PA	I
A1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
A2	0,2	0,26	0,3	0,3	0,3
A3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
A4	0,4	0,18	0,3	0,3	0,3
A5	0,8	0,22	0,3	0,3	0,3
A6	0,8	0,14	0,3	0,3	0,3
A7	0,16	0,3	0,3	0,3	0,3
A8	0	0,8	0,3	0,3	0,3
A9	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
A10	0,18	0,3	0,3	0,3	0,3

Fuente. Cuestionario de los expertos

Tabla 15. Matriz de valores de abscisas

Aspectos de la Intervención de Enfermería	MA	BA	A	SUMA	PROMEDIO	ESCALA
A1	-0,84	-0,52	-0,52	-1,89	-1,89	-1,36
A2	-0,84	-0,64	-0,52	-2,01	-2,01	-1,31
A3	-0,52	-0,52	-0,52	-1,57	-1,57	-1,23
A4	-0,25	-0,92	-0,52	-1,69	-1,69	-1,19
A5	0,84	-0,77	-0,52	-0,45	-0,45	-1,12
A6	0,84	-1,08	-0,52	-0,76	-0,76	-1,23
A7	-0,99	-0,52	-0,52	-2,04	-2,04	-1,33
A8	0,00	0,84	-0,52	0,32	0,32	-1,15
A9	-0,52	-0,52	-0,52	-1,57	-1,57	-1,63
A10	-0,92	-0,52	-0,52	-1,96	-1,96	-1,66
SUMA	-3,21	-5,19	-5,24	-13,65	-1,36	
LIMITE	-0,32	-0,52	-0,52	-1,36	-1,36	

Fuente: Cuestionario de los expertos

