



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIA DE LA SALUD**  
**ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**TEMA:**

**Telemedicina, innovando las redes de apoyo en el sistema de  
atención paliativa en el Hospital SOLCA Guayaquil. Marzo-Julio  
2021**

**AUTOR:**

**Parra Gavilanes Ericka Magdalena**

**Trabajo de titulación que se presenta como requisito para el título  
de:**

**ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**TUTOR:**

**Lorena Sandoya Onofre**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**FEBRERO 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Parra Gavilanes Ericka Magdalena**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos**.

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**Lorena Sandoya Onofre**

**DIRECTOR DEL PROGRAMA**

f. \_\_\_\_\_  
**Dra. Mariana Vallejo Martínez**

**Guayaquil, a los dieciséis días del mes de febrero del año 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Parra Gavilanes Ericka Magdalena**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Telemedicina, innovando las redes de apoyo en el sistema de atención paliativa en el Hospital SOLCA Guayaquil. Marzo-julio 2021** previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los dieciséis días del mes de febrero del año 2022**

**EL AUTOR (A)**

*Ericka Parra G.*

f. \_\_\_\_\_  
**Parra Gavilanes Ericka Magdalena**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

## **AUTORIZACIÓN**

**Yo, Parra Gavilanes Ericka Magdalena**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Telemedicina, innovando las redes de apoyo en el sistema de atención paliativa en el Hospital SOLCA Guayaquil. Marzo-julio 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los dieciséis días del mes de febrero del año 2022**

**EL (LA) AUTOR(A):**

*Ericka Parra G.*

f. \_\_\_\_\_  
**Parra Gavilanes Ericka Magdalena**

# REPORTE DE URKUND

Original

## Document Information

Analyzed document	TESIS_Petra_Gardano_Elora.docx (113620839)
Submitted	2022-02-01T17:35:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	ericha.pera@tu.uzq.edu.ec
Similarity	35
Analysis address	cooperativa.medicina.ucsp@analysis.urkund.com

## **DEDICATORIA**

Para aquellos pacientes que me enseñaron acerca de la vida, los anhelos, la compasión y la muerte.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por cada persona que puso en mi camino durante esta etapa, pues con cada experiencia hizo de mí un profesional con sed de conocimientos y ansias de un futuro mejor en cuidados paliativos.

Gracias a mi familia y a mis hijos Theo y Mathías por ser el motor que me mantiene en pie todos los días.

# ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	VI
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	VII
<b>ÍNDICE</b> .....	VIII
<b>RESUMEN</b> .....	X
<b>CAPÍTULO I</b> .....	2
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>ANTECEDENTES</b> .....	2
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	3
<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	3
<b>JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	3
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	4
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	4
<b>CAPÍTULO II</b> .....	5
<b>MARCO TEORICO</b> .....	5
<b>USO DE TELESALUD EN CUIDADOS PALIATIVOS.</b> .....	8
<b>INCONVENIENTES DE LA TELEMEDICINA.</b> .....	11
<b>FUTURO DE LA TELEMEDICINA</b> .....	12
<b>CAPITULO III</b> .....	13
<b>METODOLOGIA</b> .....	13
<b>MATERIALES</b> .....	13
<b>UNIVERSO Y MUESTRA</b> .....	14
<b>MÉTODO.</b> .....	14
<b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIBLES.</b> .....	15
<b>PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	18
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	18
<b>RESULTADOS</b> .....	18
<b>DISCUSIÓN</b> .....	33
<b>CONCLUSIONES</b> .....	37
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	37
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	38



## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1.- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA.....</b>	<b>19</b>
<b>TABLA 2.- CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA .....</b>	<b>27</b>
<b>TABLA 3 .- RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, MOTIVO DE LLAMADA, RETORNO A EMERGENCIA DE LOS PACIENTES QUE UTILIZARON SERVICIO DE TELEMEDICINA POR TIPO DE TRATAMIENTO.....</b>	<b>28</b>
<b>TABLA 4.- RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, MOTIVO DE LLAMADA, RETORNO A EMERGENCIA DE LOS PACIENTES QUE UTILIZARON SERVICIO DE TELEMEDICINA POR EDAD. ....</b>	<b>29</b>
<b>TABLA 5.- RELACIÓN MULTIVARIANTE PARA PREDECIR RETORNAR A EMERGENCIA DE LOS PACIENTES QUE UTILIZARON SERVICIO DE TELEMEDICINA.....</b>	<b>31</b>

## INDICE DE GRAFICOS

<b>GRÁFICO 1.- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR TIPO DE TRATAMIENTO. ....</b>	<b>20</b>
<b>GRÁFICO 2.- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO.....</b>	<b>21</b>
<b>GRÁFICO 3.- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR PERSONA QUE REALIZÓ LA LLAMADA. ....</b>	<b>22</b>
<b>GRÁFICO 4 .- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR MOTIVO DE LA LLAMADA. ....</b>	<b>23</b>
<b>GRÁFICO 5.-DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR RECOMENDACIÓN DADA.....</b>	<b>24</b>
<b>GRÁFICO 6.- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR RETORNO A EMERGENCIA .....</b>	<b>25</b>
<b>GRÁFICO 7.- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR TIEMPO DE RETORNO A EMERGENCIA. ....</b>	<b>26</b>

## RESUMEN

Durante la pandemia provocada por el COVID 19 se suspendió la atención médica presencial como la conocíamos, debido a esto, la atención por telemedicina tuvo un rol protagónico en el país, esto me inspiró a realizar este estudio. **OBJETIVO:** Determinar los beneficios que aporta la telemedicina en la atención de pacientes paliativos y sus familias. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. **RESULTADOS:** Se analizaron 188 pacientes con una edad que predominó de 42 a 65 años en el 55,32%; la distribución por sexo fue 64,89% femenino, el 57,98% recibían terapia paliativa, la persona que realizó la llamada corresponden el 37,23% al hijo, el principal motivo de la llamada fue por presencia de dolor 34,04%, la recomendación dada fueron medidas farmacológicas (no opioides) 28,72%, el 70,21% de los pacientes retornaron a emergencia, donde 80,92% acude por otra causa, el tiempo de retorno este fue >10 días en el 57,58%, el medio de atención más utilizado fue la llamada telefónica 62,77%, el 98,94% manifestó que fue resuelto el motivo por el que llamó; 91,49% declaró que el personal que le atendió fue cortés y disponía de tiempo. En cuanto al nivel de satisfacción, 90,43% estaba satisfecho o muy satisfecho. **CONCLUSIONES:** En nuestro estudio los beneficios que se pudieron observar fueron la resolución del motivo por el cual llamaron, manifestando estar satisfechos con la telemedicina.

**PALABRAS CLAVE:** telemedicina, cuidados paliativos, beneficios.

## ABSTRACT

During the pandemic caused by COVID 19, face-to-face medical care as we knew it was suspended, due to this, telemedicine care had a leading role in the country, this inspired me to carry out this study. **OBJECTIVE:** To determine the benefits of telemedicine in the care of palliative patients and their families. **METHODOLOGY:** Observational, descriptive, prospective and cross-sectional study. **RESULTS:** 188 patients were analyzed with an age that predominated from 42 to 65 years in 55.32%; the distribution by sex was 64.89% female, 57.98% received palliative therapy, the person who made the call corresponds 37.23% to the son, the main reason for the call was due to the presence of pain 34.04% , the recommendation given was pharmacological measures (non-opioids) 28.72%, 70.21% of the patients returned to the emergency room, where 80.92% went for another reason, the return time was >10 days in 57.58%, the most used means of attention was the telephone call 62.77%, 98.94% stated that the reason for calling was resolved; 91.49% declared that the personnel who attended them were courteous and had time. Regarding the level of satisfaction, 90.43% were satisfied or very satisfied. **CONCLUSIONS:** In our study, the benefits that could be observed were the resolution of the reason why they called, stating that they were satisfied with telemedicine.

**KEY WORDS:** telemedicine, palliative care, benefits

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan el problema asociado a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación impecable, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales ( Rogante & Giacomozzi , 20162)

La telemedicina en cuidados paliativos se instaure especialmente en países con grandes distancias geográficas. Las formas digitales de comunicación (consultas virtuales) son las más utilizadas y bien aceptadas por pacientes y cuidadores. El principal beneficio radica en la reducción de la barrera de acceso en el ámbito ambulatorio. Las ventajas son la reducción del estrés para los pacientes (viajes, accesibilidad) y la reducción de la carga de cuidados para los familiares (Ebnetter & et al , 2021 )

No están claros los beneficios adicionales en comparación con la visita física para el control de los síntomas, la calidad de vida y los costos. Los riesgos están influenciados por la falta de interacción física y seguridad de los datos. Es difícil predecir en qué medida los cuidados paliativos a distancia tienen sentido en un sistema de salud de alta densidad. Por lo tanto, es importante utilizar estas nuevas herramientas de forma cuidadosamente adaptada y científicamente verificada (Ebnetter & et al , 2021 )

Kidd et al encontró que la telemedicina fue utilizada por pacientes, familiares y profesionales de la salud en varios contextos relacionados con los cuidados paliativos: entornos oncológicos, cuidados paliativos especializados, atención primaria y residencias de ancianos (Kidd & et al, 2010)

Las aplicaciones de telemedicina, incluidas videoconferencias; consultas; evaluaciones de síntomas; y los consejos para pacientes, familiares y profesionales de la salud se consideraron útiles y aceptables para los pacientes y los profesionales de la salud. Nuestro país cuenta con una estrategia nacional de cuidados paliativos, sin

embargo, hasta la fecha no se ha formulado una ley nacional específica para estos cuidados.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La telemedicina se usa cada vez más en la atención domiciliaria y podría ser una medida para enfrentar los desafíos informados y apoyar las necesidades de los pacientes en el hogar que reciben cuidados paliativos. La telemedicina se define como “la provisión de atención médica a distancia por medio de una variedad de herramientas de telecomunicaciones” (Dorsey & Topol , 2016)

La telemedicina se puede brindar en un modo interactivo, que invita a un intercambio de información o mensajes entre pacientes y profesionales de la salud, o en un modo pasivo, que es una forma de comunicación que no requiere una respuesta inmediata por parte del destinatario (Simen & et al , 2020)

Esta investigación se enfoca en determinar los beneficios de los medios de atención telemática en función del paciente paliativo y su núcleo familiar, establecer una línea de base para sugerir protocolos de actuación, mejoras en el conocimiento y técnicas de abordaje por telemedicina que optimicen la atención y resuelvan satisfactoriamente los requerimientos de los usuarios, además de la posibilidad de reproducirse por otras áreas hospitalarias.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿El uso de Telemedicina mejora el sistema de atención paliativa tanto de los pacientes como familiares del Hospital SOLCA Guayaquil durante marzo-julio 2021?

## **JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La telemedicina puede ser útil para condiciones que requieren un seguimiento estrecho, una evaluación clínica y una intervención temprana para prevenir eventos adversos, como una hospitalización de emergencia no deseada. Los beneficios potenciales podrían incluir una mayor calidad de vida al mejorar la independencia y el autocontrol con más opciones, un mejor acceso a los servicios de cuidados paliativos comunitarios para quienes desean morir en el hogar y la reducción de los ingresos hospitalarios innecesarios (Simen & et al , 2020)

Además, podría usarse para reducir la carga de los viajes de los pacientes y proporcionar acceso a los servicios después del horario habitual de atención de la

clínica. Su uso parece ser prometedor como una ayuda para satisfacer las expectativas y necesidades de los pacientes relacionadas con el mantenimiento de su atención en el hogar. Sin embargo, también existen desafíos. Head et al afirmaron que los cuidados paliativos se han caracterizado como de alto contacto en lugar de alta tecnología, lo que podría limitar el interés de los profesionales de la salud en aplicar los avances tecnológicos al desarrollar y perfeccionar las intervenciones (Head & et al , 2017)

Varias revisiones sistemáticas han examinado la telemedicina en el hogar en entornos de cuidados paliativos. Cabeza et al encontraron heterogeneidad en cuanto a la población de pacientes y el uso de la tecnología. Las medidas de resultado mostraron que todos los estudios incluidos, excepto uno, informaron una mejoría en la calidad de vida o el control de los síntomas. Otra revisión sistemática de la literatura evaluó la efectividad de las intervenciones de salud electrónica para pacientes en cuidados paliativos o partes interesadas, como profesionales de la salud o cuidadores (Zheng & et al , 2016)

El Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA Guayaquil posee dentro de su dependencia el servicio de cuidados paliativos en el cual se brinda atención al paciente oncológico en cualquier etapa de su enfermedad, a su familia o cuidadores, realizando un abordaje en sus tres esferas “biopsicosocial”, con el objetivo de aliviar los síntomas que producen sufrimiento en todos los aspectos del ser, este servicio desde mayo del 2019 implementó el uso de telemedicina como una herramienta complementaria para aquellos que no podían acceder por diversos motivos a la valoración médica convencional, brindando una alternativa de solución oportuna a las necesidades paliativas.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar los beneficios que aporta la telemedicina en la atención de pacientes paliativos y sus familias

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer las causas más frecuentes de las llamadas de pacientes paliativos y sus cuidadores.

- Determinar el esquema de actuación, tratamiento propuesto, recomendaciones brindadas a través de telemedicina.
- Evaluar el seguimiento y el nivel de satisfacción percibido por los usuarios a la respuesta que se obtuvo a través de telemedicina.
- Conocer la cantidad de pacientes que acuden a emergencia posterior a la atención por línea paliativa.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

Con una población mundial en crecimiento, una esperanza de vida más larga y más muertes por enfermedades crónicas, la necesidad de cuidados paliativos está

aumentando. Los cuidados paliativos tienen como objetivo aliviar el sufrimiento y promover el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades o lesiones progresivas e incurables. Esto incluye tener en cuenta las necesidades físicas, psicológicas, sociales y existenciales y, además, brindar apoyo familiar (Are , McIntyre , & Reddy , 2017)

Se sugiere la combinación de profesionales de la salud en equipos tanto para ofrecer apoyo como para permitir satisfacer necesidades complejas, para que los pacientes puedan continuar viviendo como prefieran hasta la muerte. La comunicación es un concepto clave en los cuidados paliativos, y una dimensión importante de las experiencias de atención de los pacientes. Las percepciones de la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes se ven afectadas por las posibilidades de comunicación inclusiva. Dado que el acceso global a los cuidados paliativos varía mucho, y para facilitar que los pacientes sean escuchados y atendidos, es crucial explorar enfoques alternativos para que los pacientes comuniquen sus necesidades y preferencias a los profesionales de la salud (Allsop & et al , 2019)

La Agenda de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ONU) hace hincapié en la atención moderna y eficaz para todos, y promueve el desarrollo para crear las condiciones para que todas las personas alcancen sus derechos fundamentales a la salud y el bienestar. La innovación y los avances tecnológicos son cruciales para encontrar soluciones sostenibles a los desafíos económicos y ambientales, que a su vez pueden contribuir al uso eficiente y equitativo de los recursos. Los ideales y los servicios de atención médica están cambiando hacia una visión de los pacientes como socios colaborativos, proactivos y bien informados en la prestación de atención médica, y esto parece alinearse con las preferencias de los pacientes. La eficacia aumenta si los pacientes participan en el proceso de su propio cuidado (Chochinov & et al , 2015)

Los servicios de telemedicina pueden usar una variedad de tecnología de telecomunicaciones para apoyar la atención clínica. Hay dos enfoques principales para los servicios de telemedicina: formato sincrónico o asincrónico. El paciente y el consultor pueden participar de forma virtual y sincrónica o asincrónica. El primero utiliza tecnología de video totalmente interactiva en tiempo real. Este último almacena y reenvía o transmite elementos de datos clínicos, como informes médicos, imágenes



y grabaciones de video, para ser interpretados en un momento posterior. Este último enfoque se conoce como "store-forward". Los servicios de telemedicina, incluida la teleoncología, pueden usar uno o ambos de estos formatos con o sin consultas intermitentes en persona según las necesidades clínicas. El examen físico se puede realizar virtualmente, con la excepción de la palpación, y/o los datos pueden ser recopilados por el médico local y transmitidos al teleconsultor o teleoncólogo. Dadas las habilidades necesarias para la teleconsulta, la educación profesional de la salud en equipo con respecto a la prestación de servicios de telemedicina es esencial para el equipo de teleconsulta. La educación y orientación del paciente con respecto a la telemedicina y qué esperar promueven la atención y el compromiso centrados en el paciente (Kelley & et al , 2015)

Los cuidados paliativos son una parte vital de la atención integral de los pacientes con enfermedades graves. Incluye la atención de los síntomas físicos, psicológicos y espirituales, así como la comunicación facilitada para establecer metas de atención. La evidencia muestra que, cuando se brindan en todo el proceso de atención médica, los cuidados paliativos tienen la capacidad de mejorar la calidad de vida, reducir la carga del cuidador y, en ciertas situaciones, prolongar la vida. Como resultado de estos beneficios establecidos de los cuidados paliativos, los programas de cuidados paliativos en hospitales han crecido significativamente en las últimas décadas; aproximadamente el 85 % de los hospitales grandes (más de 300 camas) y el 63 % de los hospitales más pequeños (más de 50 camas) tienen programas de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados. Por el contrario, los programas de cuidados paliativos basados en la comunidad son relativamente limitados. Un creciente cuerpo de literatura sugiere que los beneficios de los servicios de cuidados paliativos se extienden al entorno ambulatorio. Los cambios recientes en los modelos de pago han llevado a un enfoque en el desarrollo de programas de cuidados paliativos para pacientes ambulatorios que no son de hospicio (Rabow & et al , 2013)

La falta de acceso a los servicios de cuidados paliativos sigue siendo un desafío importante, particularmente entre los adultos mayores y los que viven en áreas rurales. Un desafío profundo que contribuye a la falta de acceso es la escasez de mano de obra existente de especialistas en cuidados paliativos. A nivel nacional, solo hay un proveedor de cuidados paliativos por cada 1200 personas que viven con una enfermedad grave, en contraste con un cardiólogo por cada 71 personas con infarto de

miocardio o un oncólogo por cada 141 pacientes con cáncer. Una de las áreas más estudiadas de los cuidados paliativos se encuentra dentro del mundo de la oncología. El cáncer tiene un gran impacto en la sociedad en los EE. UU. y en todo el mundo. Según las estadísticas publicadas por el Instituto Nacional del Cáncer, en 2016 se diagnosticarán aproximadamente 1 685 210 nuevos casos de cáncer en los EE. UU. y 595 690 personas morirán a causa de la enfermedad (Worster & Swartz, 2017)

Se espera que la cantidad de personas que viven con cáncer llegue a 19 millones para 2024. La carga de síntomas físicos, emocionales, sociales y financieros del cáncer es abrumadora y la atención oncológica es cada vez más compleja. Como una forma de mejorar la vida de los pacientes y las familias con cáncer, los oncólogos y los especialistas en cuidados paliativos a menudo han descubierto que la colaboración en la atención es muy útil para todas las partes involucradas. Con el envejecimiento continuo de nuestra sociedad y, por lo tanto, el aumento de pacientes con enfermedades crónicas múltiples, las necesidades de cuidados paliativos seguirán aumentando significativamente en la próxima década. Se deben emplear modelos innovadores para aumentar el acceso a los proveedores de cuidados paliativos (Worster & Swartz, 2017)

## **USO DE TELESALUD EN CUIDADOS PALIATIVOS.**

La telemedicina en el hogar proporciona la plataforma para brindar atención médica a pacientes gravemente enfermos directamente en su hogar a través de comunicación remota por video. Se ha demostrado que esta tecnología reduce el uso de la atención de urgencia, las visitas a la sala de emergencias y mejora la satisfacción del paciente en pacientes de edad avanzada o confinados en el hogar (Gellis & et al , 2012)

El campo de la telemedicina está en sus inicios, ha tenido un uso limitado y está mínimamente estudiado en pacientes de cuidados paliativos en los EE. UU. Un estudio analizó el uso de la telemedicina en una población de pacientes japoneses con cáncer en etapa terminal que deseaban quedarse en casa en una zona muy rural de Japón sin acceso a proveedores de cuidados paliativos capacitados en especialidades. Este estudio consistió tanto en entrevistas semiestructuradas con pacientes como en un análisis de costos (Hennemann-Krause & et al , 2015)

Estos pacientes terminales tenían acceso a teleconsultas diarias entre el paciente, el médico tratante, el personal de cuidados paliativos y los proveedores de atención, incluidos los signos vitales. Aunque se incluyó un número muy pequeño de pacientes

en este estudio, encontraron que el uso de la telemedicina en esta población mejoró la calidad de atención percibida por el paciente y redujo los costos en comparación con un grupo de pacientes que fueron tratados con atención domiciliaria estándar y pacientes que fueron atendidos en una unidad de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados (Ong & et al , 2016)

Curiosamente, en el Reino Unido, la telemedicina se usa de manera mucho más rutinaria, en los cuidados paliativos. Los estudios han analizado el uso de la telemedicina entre los proveedores de atención médica. Específicamente, en un estudio, los asilos de ancianos remotos consultaron a especialistas capacitados en cuidados paliativos para evaluar los síntomas y mejorar la comunicación con respecto a los objetivos de la atención (Chen & et al, 2017)

El horario de las consultas se usó durante las "horas libres", es decir, las noches y los fines de semana, en un esfuerzo por evitar visitas a la sala de emergencias u hospitalizaciones. Aunque no hubo un brazo de control en este pequeño estudio observacional, todos los proveedores, pacientes y familias mostraron una mayor satisfacción con el uso de consultas de cuidados paliativos de telemedicina cuando ocurrieron cambios agudos fuera del horario comercial normal (Hancock & Preston, 2019 )

Otro estudio examinó el uso de la telemedicina para apoyar los cuidados paliativos ambulatorios en el cáncer avanzado. Esta población de pacientes a menudo es muy sintomática y tiene dificultades para acudir de forma rutinaria a las visitas al consultorio. Como resultado, con frecuencia terminan usando las salas de emergencia y sufren hospitalizaciones frecuentes, muchas de las cuales se han determinado que se pueden evitar con un mayor acceso para el control de los síntomas (Hennemann-Krause & et al , 2015)

En esta investigación se realizaron 305 “contactos”, consistentes en 77 conferencias web, 38 llamadas telefónicas, 80 correos electrónicos y 2 visitas domiciliarias. Aunque un número muy pequeño de pacientes (ocho) completó toda la intervención, todos informaron mejoras en los síntomas. Las estimaciones citan que cerca de la mitad de todos los pacientes inscritos en cuidados paliativos tanto en los EE. UU. como en el extranjero tienen un diagnóstico de cáncer. Para dirigirse a esta población específica, se desarrolló una aplicación en Gales para garantizar que todos los hospicios de Gales

podrían tener acceso a un registro de paciente especializado en cuidados paliativos. También facilitaron una discusión realizada a través de telemedicina entre el especialista en cuidados paliativos y el oncólogo ubicado en entornos hospitalarios con el equipo de cuidados paliativos en el hogar y el paciente o la familia para permitir una continua atención al paciente (Hennemann-Krause & et al , 2015)

Esta es una forma prometedora de utilizar la tecnología para disminuir la sensación de abandono tanto del lado del paciente como del proveedor cuando un paciente de oncología pasa de la atención activa del cáncer al hospicio. El uso cada vez mayor de telemedicina para pacientes gravemente enfermos en el Reino Unido, a través de varios estudios, ha mostrado resultados alentadores. Dichos estudios informaron una mejor continuidad de la atención, una mejor efectividad clínica, costos reducidos y un uso más eficiente de los recursos y el personal especializado, así como una mayor confiabilidad y precisión de la información intercambiada ( Steindal & et al , 2020 )

El uso de la telemedicina en pacientes con cáncer avanzado es una gran promesa dada la complejidad de los síntomas, la debilidad y la necesidad de un alto acceso al sistema de salud en un grupo de pacientes que no se mueven fácilmente. En los EE. UU., la telemedicina se ha utilizado de manera más amplia para poblaciones fuera de los pacientes con cáncer (Mok , 2021)

Varios estudios pequeños han examinado el uso de la telemedicina en pacientes con insuficiencia cardíaca, probablemente debido a problemas de reembolso relacionados con las readmisiones hospitalarias. La mayoría de estos consideran las llamadas telefónicas como métodos de monitoreo y no, de hecho, el video para la observación cara a cara del paciente. Además, la gran mayoría de las llamadas telefónicas las realizan enfermeras sin otros proveedores disponibles (Ream & et al , 2020)

Los datos no han mostrado reducciones significativas en las hospitalizaciones o el uso de la sala de emergencias al introducir la tecnología en este método limitado. Además, un consorcio de neurólogos que atienden a pacientes con enfermedad de Parkinson, el grupo Connect Parkinson, llevó a cabo un estudio de efectividad comparativo aleatorizado a nivel nacional que analizó la atención habitual (que consiste en visitas de enfermería a domicilio y visitas habituales al consultorio) versus telemedicina. Se inscribieron 900 pacientes con enfermedad de Parkinson. Participaron dieciocho centros de enfermedad de Parkinson de todo el país (Worster & Swartz, 2017)

Los resultados primarios incluyen la viabilidad, medida por el porcentaje de visitas de telemedicina completadas, y la eficacia, medida por el cambio en la calidad de vida. El noventa y cinco por ciento de las visitas programadas se completaron y los pacientes informaron un aumento en la proporción del tiempo de visita que pasaron con un proveedor en comparación con las visitas en persona, así como una alta satisfacción con la visita. El ochenta y cinco por ciento de las visitas fueron calificadas como "satisfactorias" o muy "satisfactorias" por los proveedores, siendo el mayor detractor los problemas con la tecnología y la calidad del video (Sirintrapun , 2018)

### **INCONVENIENTES DE LA TELEMEDICINA.**

La creciente incorporación de tecnología en el cuidado de la salud ciertamente no viene sin preocupaciones o inconvenientes. Una vez más, se han realizado pocas investigaciones sobre la telemedicina y los cuidados paliativos hasta este punto y menos aún que informen resultados negativos. Sin embargo, en aplicaciones más amplias de la telemedicina, las principales quejas a menudo giran en torno a fallas o fallas percibidas con la tecnología (Bakitas & et al , 2020)

Una revisión de los usos de la telemedicina en varios estados de enfermedad de 2014 muestra que la mayoría de las intervenciones percibidas como "telemedicina" se realizan a través del teléfono, ya sea como comunicación principal o junto con otros modos de tecnología. Con el uso del teléfono como principal modo de telecomunicación, la queja citada con más frecuencia fue la falta de capacidad para visualizar al paciente (Oelschlägel & et al , 2021)

Tanto los pacientes como los proveedores citan quejas tecnológicas adicionales con el uso de comunicaciones por video. Se observaron más preocupaciones en pacientes de edad avanzada con la incorporación de tecnología, y más pacientes de edad avanzada en varios estados de salud dijeron que esta no era una forma atractiva de interacción médico-paciente. Se afirmó que el estado de salud del paciente es importante en su percepción de la herramienta como útil o no, siendo los pacientes más enfermos los que menos se benefician de la herramienta (Calton & et al , Patient and Caregiver Experience with Outpatient Palliative Care Telemedicine Visits, 2020)

La conectividad, la pérdida de conexión, la transmisión de video lenta o los problemas para comprender cómo emplear la tecnología son quejas tecnológicas comunes citadas. Un estudio analizó específicamente la aceptabilidad de la tecnología electrónica para

controlar y evaluar los síntomas de los pacientes después de la radioterapia paliativa para el cáncer de pulmón (Gellis & et al , 2012)

La retroalimentación general de los proveedores fue que, aunque los médicos eran positivos acerca de los pacientes de cuidados paliativos que participaban en la investigación, sentían que esta población de pacientes normalmente era demasiado mayor, con una condición que se deterioraba demasiado rápido para participar en un estudio usando tecnología electrónica. Esto, sin embargo, es solo la percepción, ya que el estudio no analizó cuál era el verdadero beneficio frente a la carga para esta población. Fueron excluidos si el proveedor consideraba que el uso de la tecnología electrónica sería demasiado desafiante (Biswas & et al , Smartphone-Based Telemedicine Service at Palliative Care Unit during Nationwide Lockdown: Our Initial Experience at a Tertiary Care Cancer Hospital, 2020)

Otra preocupación por el uso de la telemedicina en la población de pacientes con cáncer es que se trata de un grupo de pacientes muy enfermos que se deterioran rápidamente y que necesitan ser vistos en persona cuando se produce algún cambio en los síntomas. La mayoría de los datos sobre el éxito de la telemedicina se encuentran en pacientes menos complejos; aquellos con diabetes, embarazo o cesación del tabaquismo son algunos de los casos más frecuentes de interposición exitosa de la tecnología electrónica y la medicina (Dionne-Odom & et al , 2018)

## **FUTURO DE LA TELEMEDICINA**

El futuro de la telemedicina y los cuidados paliativos es atractivo con el aumento de pacientes ancianos complejos, enfermos con movilidad limitada y la escasez de proveedores de cuidados paliativos. A medida que la población envejece y se practica más la oncología geriátrica, la capacidad de interactuar con pacientes de edad avanzada que pueden tener un apoyo limitado, la incapacidad para conducir o viajar con frecuencia para citas fuera de las citas específicas para el cáncer, será cada vez más crítica (Schuit , 2019)

Además, el impacto financiero de la atención compleja, como la atención del cáncer, es motivo de creciente preocupación. La telemedicina ha demostrado, en la mayoría de los estudios, que existe un factor de ahorro de costos. Con un énfasis cada vez mayor en la atención agrupada y en evitar las hospitalizaciones, el uso de la telemedicina en

los usuarios de atención médica más enfermos es muy atractivo. Un uso de la telemonitorización que puede tener un alto potencial (Pavic , 2020)

El rendimiento en pacientes oncológicos de edad avanzada es una forma de telemedicina denominada "monitoreo remoto de pacientes" que consiste en la transmisión de datos de atención médica de un paciente a un proveedor de atención médica en diferentes ubicaciones con fines de evaluación e intervención y se utiliza principalmente para respaldar el cuidado y la autogestión de los pacientes (Dionne-Odom & et al , 2018)

La capacidad de controlar los signos vitales, los valores de laboratorio y la ingesta y la eliminación aumentaría la capacidad de intervención temprana en el hogar para la deshidratación debido a náuseas y vómitos, infección temprana debido a la supresión inmunitaria inducida por quimioterapia o control del dolor sin una visita a la sala de emergencias, ahorrando costos (Biswas & Adhikari , Integration of Telemedicine for Home-Based End-of-Life Care in Advanced Cancer Patients during Nationwide Lockdown: A Case Series, 2020)

Una revisión sistemática reciente estimó el "costo de intervención combinado" (que refleja el costo de compra, servicio y monitoreo del equipo) para los diversos programas que van desde US \$ 275 a US \$ 7963 por paciente por año. En el extremo inferior, este es un claro ahorro de costos incluso en una sola visita a la sala de emergencias. Con la disminución de los costos de la tecnología durante la última década, el uso de la telemedicina es cada vez más factible desde un modo de evitación de costos (Worster & Swartz, 2017)

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

### **MATERIALES**

#### **Lugar de investigación.**

Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA Guayaquil, Provincia del Guayas, País Ecuador.

**Periodo de investigación.**

Comprendió desde marzo a julio 2021.

**Recursos empleados.**

Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA Guayaquil  
Personal médico de Cuidados Paliativos.

**UNIVERSO Y MUESTRA.**

El universo de este estudio estará formado por los pacientes oncológicos y sus cuidadores o familiares que reciben atención en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA Guayaquil, que hicieron uso de telemedicina en el servicio de cuidados paliativos en un período de 4 meses. No se tomará muestra ya que se incluyó al universo completo.

**MÉTODO.**

El siguiente estudio es de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

**Criterios de inclusión.**

- Pacientes conocidos previamente por el servicio de cuidados paliativos.
- Pacientes atendidos desde el 9 marzo del 2021 hasta el 9 de julio del 2021
- Llamadas realizadas por un usuario el mismo día, pero por distintas causas.

**Criterios de exclusión.**

- Llamadas para solicitar información acerca de servicios administrativos del hospital.
- Registros con recolección de datos incompletos o no concordantes con la historia clínica del paciente.
- Imposibilidad de contacto dentro de las 72 horas posteriores a la llamada inicial para realizar la encuesta de satisfacción.

**Recolección y tabulación de datos.**



El proceso de recolección de datos inició con la línea abierta de celular a la que se permitió el acceso al personal médico (posgradistas de cuidados paliativos), cuya función consistió en atender las llamadas entrantes, mensajes de texto, videollamadas, etc. de los pacientes y familiares conocidos por el servicio de cuidados paliativos, posterior a la asistencia el médico a cargo de dicha atención realiza el llenado de una encuesta donde se describe la información de la consulta según su percepción médica.

La segunda etapa de recopilación de información la realizó personal externo que no guarda relación con el equipo médico ni el hospital, se llevó a cabo dentro de las 72 horas posteriores al primer contacto con el personal médico y consta del llenado de una segunda encuesta donde se relata el medio por el cual recibió la ayuda, la percepción de la atención medica recibida, se solicita al encuestado una sugerencia para mejorar el servicio y la calificación otorgada al mismo (muy satisfecho, satisfecho, parcialmente satisfecho e insatisfecho).

La tercera etapa consta de la revisión manual de las historias clínicas en línea de los pacientes que hicieron uso del servicio para describir en cuanto tiempo acudieron a emergencia y si el motivo se relaciona con la última llamada realizada.

### **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

<b>VARIABLE ESPECIFICA</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>		
		<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>ESCALA</b>
Sexo	Características fenotípicas otorgadas por cromosomas sexuales.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Masculino Femenino

Edad	Años de vida cumplidos hasta el momento de la intervención quirúrgica	Cuantitativa	Continua	15 - 39 años 40 - 59 años ≥ 60 años
Cáncer	Es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo	Cualitativa	Nominal Politómica	Gástrico Neurológico Pulmonar Ginecológico Urológico Hematológico
Medio de comunicación	Es un instrumento o forma de contenido tecnológico por el cual se realiza el proceso de comunicación	Cualitativa	Nominal Politómica	Llamada telefónica Whatsapp
Nivel de satisfacción	Nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o	Cualitativa	Nominal Politómica	Insatisfecho Parcialmente satisfecho Satisfecho Muy satisfecho

	servicio con sus expectativas			
Motivo de llamada	Razón o fundamento que se tiene en cuenta para realizar una llamada	Cualitativa	Nominal Politémica	Dolor Angustia Información de medicación Fiebre Delirio Vomito
Retorno a emergencia	Situación o imprevistos que requieren una especial atención y deben solucionarse lo antes posible.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
Sugerencia de mejora del sistema	Es algo que se propone, insinúa o sugiere	Cualitativa	Nominal Politémica	Atender inmediatamente Entregar receta para medicina especial Información administrativa Ninguna

## **PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

Para ejecutar el trabajo de investigación, se solicitó autorización al Director de postgrado y jefe del servicio del área de Cuidados Paliativos, luego se presentó el anteproyecto al jefe del departamento de investigación y docente asignado, el cual fue aprobado posteriormente por el director de la comisión de investigación.

Los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos IBM SPSS versión 22, los datos recolectados se tabularon, analizaron e interpretaron aplicando estadística descriptiva (Medidas de tendencia central: frecuencia y media) y estadística inferencial (pruebas de chi cuadrado, T de Student, odds ratio). La representación gráfica se realizará mediante diagramas de barras, diagrama de cajas para una mejor comprensión de los datos.

## **CAPÍTULO IV RESULTADOS**

Para determinar los beneficios que aportan la telemedicina en la atención de pacientes paliativos y sus familias la población quedó conformada por 188 pacientes.

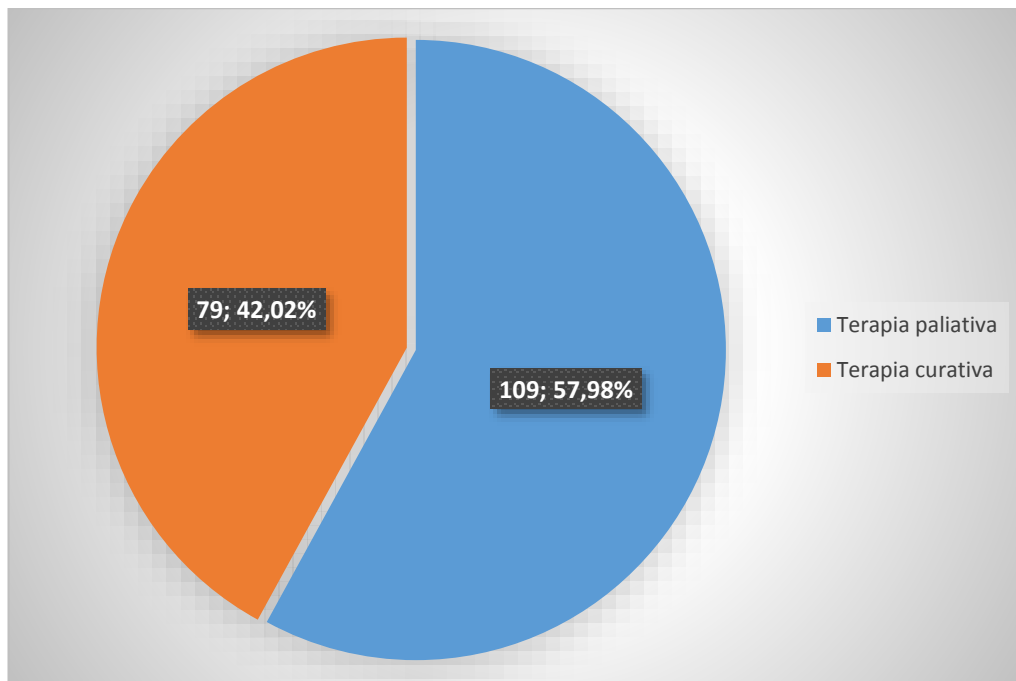
**TABLA 1.- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA.**

<b>Características demográficas</b>	<b>n (%)</b>
<b>Edad</b>	
18-41	31 (16,49)
42-65	104 (55,32)
>65	53 (28,19)
<b>Sexo</b>	
Femenino	122 (64,89)
Masculino	66 (35,11)
<b>Provincia donde se comunica</b>	
Guayas	151 (80,32)
Los Ríos	17 (9,04)
Manabí	11 (5,85)
Bolívar	4 (2,13)
El Oro	3 (1,6)
Cotopaxi	2 (1,06)

**Fuente: Elaboración propia**

La edad de los pacientes fue entre 18-41 años 16,49%, 42 a 65 años 55,32% y >65 años 28,19%; la distribución por sexo fue 64,89% femenino y 35,11% masculino; la provincia donde se comunican los pacientes corresponde en su mayoría a Guayas 80,32%, seguido de Los Ríos 9,04%, Manabí 5,85%, entre otras.

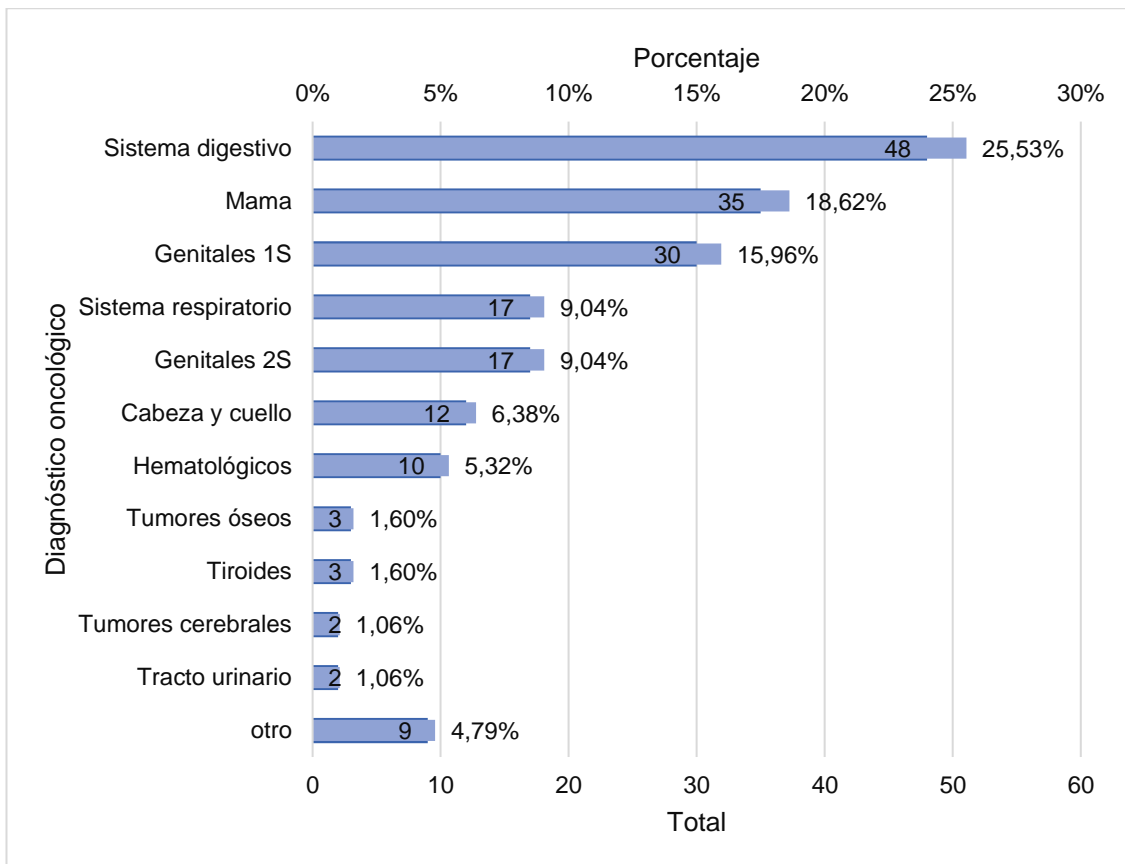
**GRÁFICO 1.- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR TIPO DE TRATAMIENTO.**



**Fuente: Elaboración propia.**

En la gráfica 1 se observa de los 188 pacientes atendidos en el servicio de telemedicina, 57,98% recibían terapia paliativa y 42,02% terapia curativa.

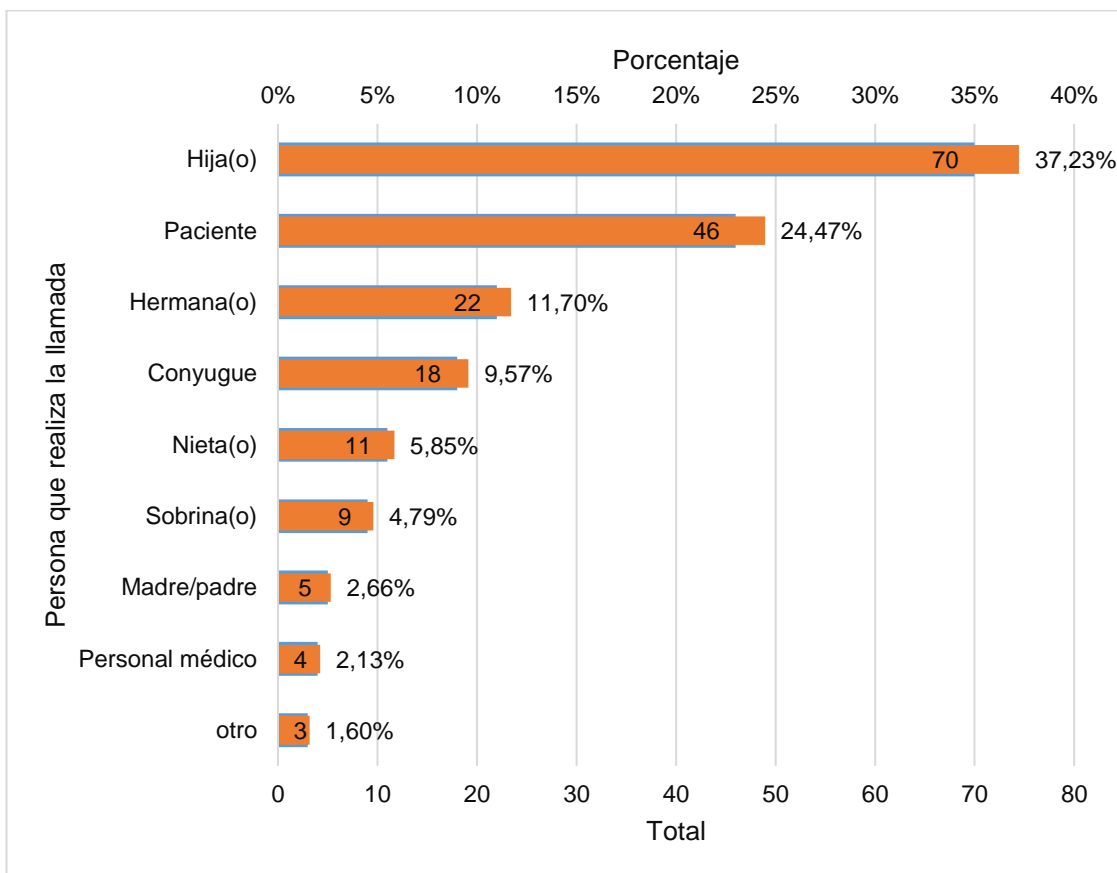
**GRÁFICO 2.- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO.**



**Fuente: Elaboración propia.**

Entre los principales diagnósticos oncológicos se observó del sistema digestivo 25,53%, mama 18,62%, genitales 1S 15,96%, sistema respiratorio 9,04% e igual porcentaje genitales 2S, cabeza y cuello 6,38%, hematológicos 5,32%, entre otros.

**GRÁFICO 3.- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR PERSONA QUE REALIZÓ LA LLAMADA.**

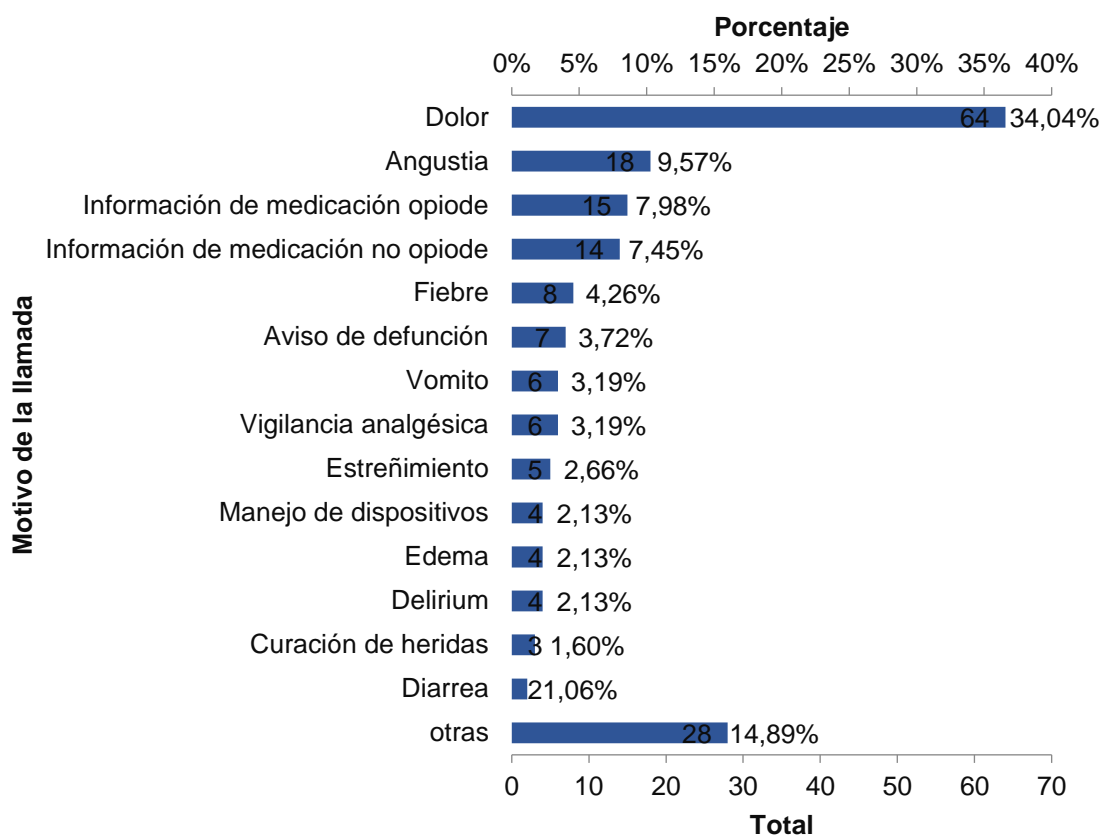


**Fuente: Elaboración propia.**

Con relación a la persona que realizó la llamada corresponden a: hija(o) 37,23%, paciente 24,47%, hermana(o) 11,70%, conyugue 9,57%, nieta(o) 5,85%, sobrino(a) 4,79%, madre/padre 2,66%, personal médico 2,13%, otro 1,60%.



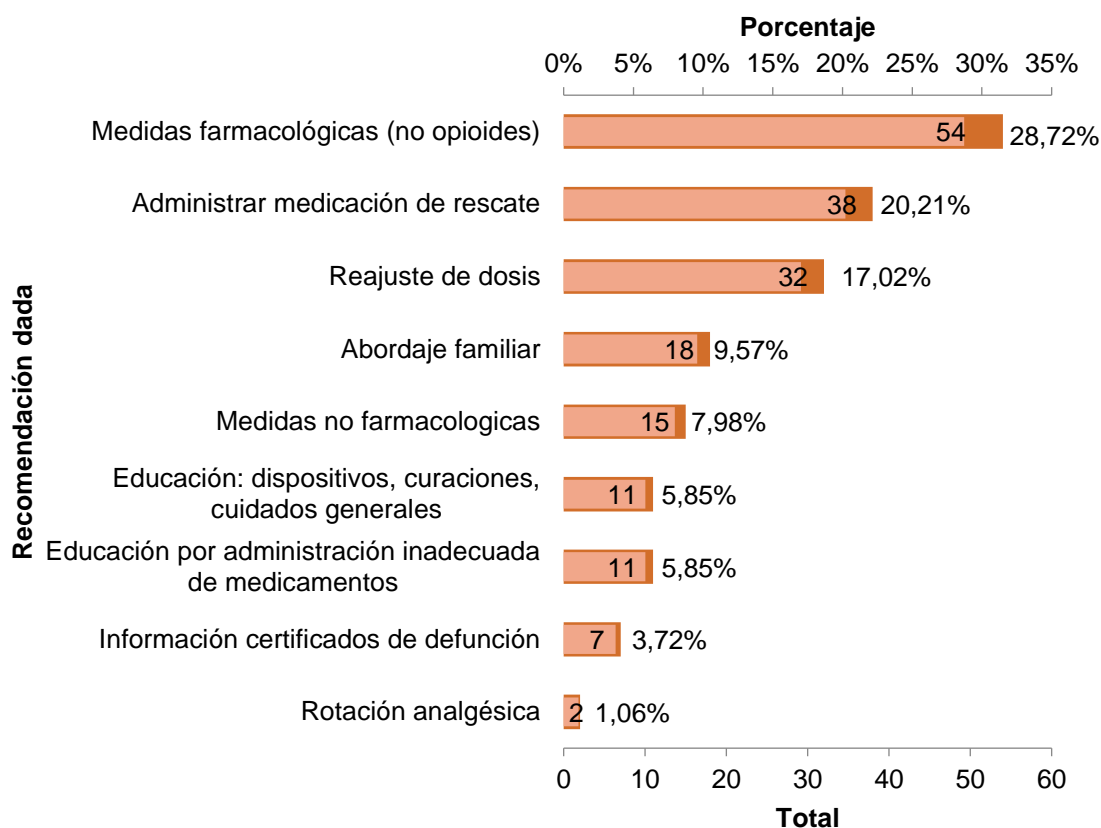
**GRÁFICO 4 .- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR MOTIVO DE LA LLAMADA.**



**Fuente: Elaboración propia.**

El principal motivo de la llamada fue por presencia de dolor 34,04%, seguido de angustia 9,57%, información de medicación opioide 7,98%, información de medicación no opioide 7,45%, fiebre 4,26%, aviso de defunción 3,72%, vomito 3,19%, vigilancia analgésica 3,19%, estreñimiento 2,66%, manejo de dispositivos 2,13% e igual valor para enema y delirium, curación de heridas 1,60%, diarrea 1,06%, entre otras.

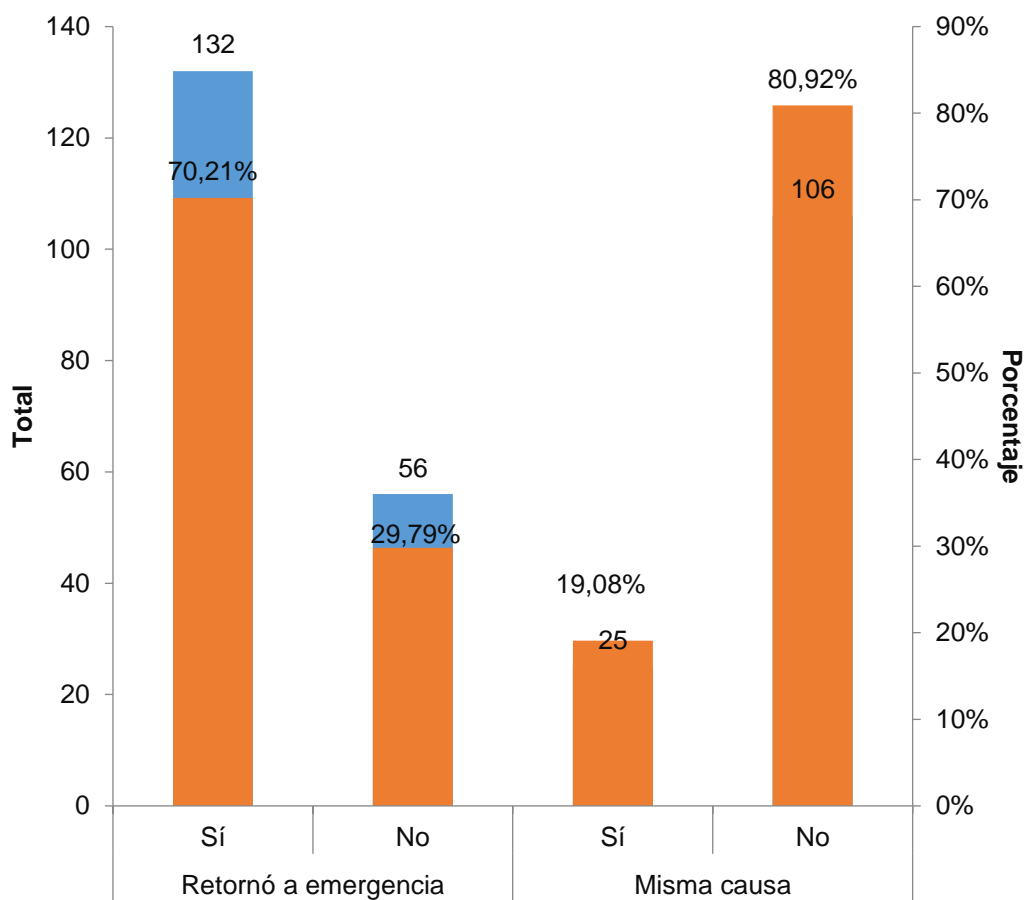
**GRÁFICO 5.-DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR RECOMENDACIÓN DADA.**



**Fuente: Elaboración propia.**

En cuanto a la recomendación dada se tiene medidas farmacológicas (no opioides) 28,72%, administrar medicación de rescate 20,21%, reajustes de dosis 17,02%, abordaje familiar 9,57%, medidas no farmacológicas 7,98%, educación sobre dispositivos, curaciones y cuidados generales 5,85%, educación por administración inadecuada de medicamentos 5,85%, información certificados de defunción 3,72% y rotación analgésica 1,06%.

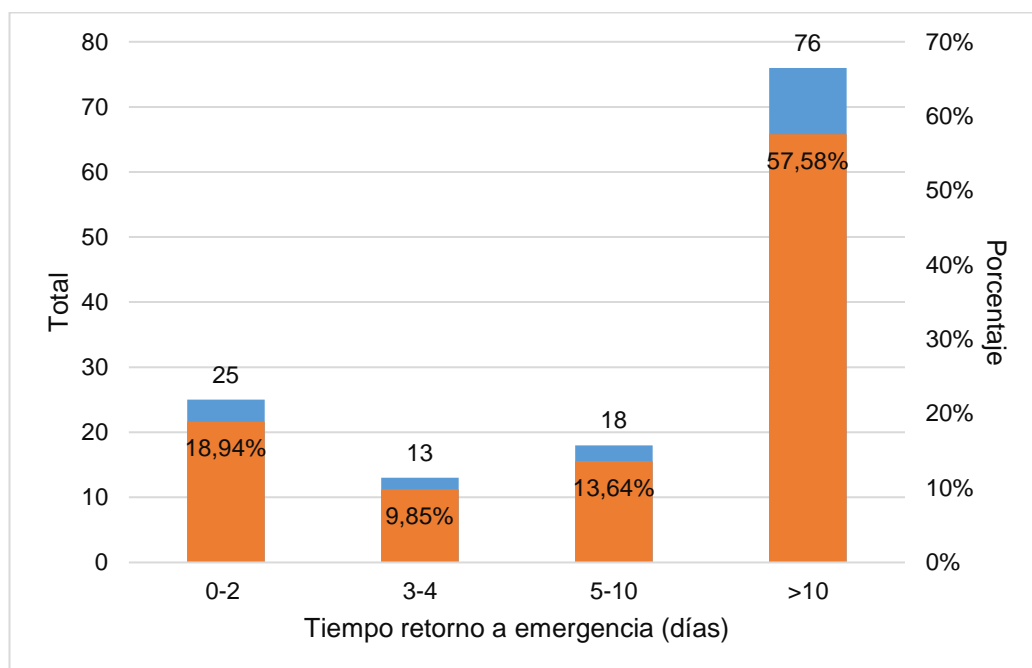
**GRÁFICO 6.- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR RETORNO A EMERGENCIA**



**Fuente: Elaboración propia.**

Se evaluó el retorno a la emergencia y el motivo de los pacientes; 70,21% de los pacientes retornaron a emergencia, donde 19,08% acudió por la misma causa y 80,92% por otra causa.

**GRÁFICO 7.- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA POR TIEMPO DE RETORNO A EMERGENCIA.**



**Fuente: Elaboración propia.**

Sobre el tiempo de retorno este fue >10 días 57,58%, 5 a 10 días 13,64%, 3 a 4 días 9,85%, 0 a 2 días 18,94%

**TABLA 2.- CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA**

<b>Características de la atención recibida</b>	<b>n (%)</b>
Medio de atención	
Llamada telefónica	118 (62,77)
Whatsapp	70 (37,23)
Fue resuelto el motivo de la llamada	
Sí	186 (98,94)
No	2 (1,06)
Fue cortes y disponía de tiempo quien le atendió	
Sí	172 (91,49)
No	16 (8,51)
Nivel de satisfacción del servicio	
Insatisfecho	2 (1,06)
Parcialmente satisfecho	16 (8,51)
Satisfecho	141 (75,00)
Muy satisfecho	29 (15,43)
Sugerencias de mejora del servicio	
Atender inmediatamente	18 (9,57)
Entregar recetas para medicación especial	1 (0,53)
Información administrativa	3 (1,60)
Ningún cambio	166 (88,30)

**Fuente: Elaboración propia**

Sobre la atención recibida se observó lo siguiente:

El medio de atención más utilizado fue la llamada telefónica 62,77%, seguido de WhatsApp 37,23%; el 98,94% manifestó que fue resuelto el motivo por el que llamó; 91,49% declaró que el personal que le atendió fue cortes y disponía de tiempo.

En cuanto al nivel de satisfacción, 90,43% estaba satisfecho o muy satisfecho, 8,51% parcialmente satisfecho y 1,06% insatisfecho.

Sobre las sugerencias de mejoras del servicio 88,30% declaró que ninguna, 9,57% sugiere atender las llamadas de manera inmediata, 1,60% ampliar el servicio y brindar información administrativa.

**TABLA 3 .- RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, MOTIVO DE LLAMADA, RETORNO A EMERGENCIA DE LOS PACIENTES QUE UTILIZARON SERVICIO DE TELEMEDICINA POR TIPO DE TRATAMIENTO.**

Características	Tipo de tratamiento		p-valor
	Terapia paliativa	Terapia curativa	
	n (%)	n (%)	
<b>Edad</b>			
18-41	13 (11,93) <sup>a</sup>	18 (22,78) <sup>b</sup>	0,001*
42-65	54 (49,54)	50 (63,29)	
>65	42 (38,53) <sup>a</sup>	11 (13,92) <sup>b</sup>	
<b>Sexo</b>			
Femenino	73 (66,97)	49 (62,03)	0,483
Masculino	36 (33,03)	30 (37,97)	
<b>Motivo de llamada</b>			
Dolor	33 (36,26) <sup>a</sup>	31 (44,93) <sup>b</sup>	0,013*
Angustia	15 (16,48) <sup>a</sup>	3 (4,35) <sup>b</sup>	
Información de medicación opioide	4 (4,4)	11 (15,94)	
Información de medicación no opioide	9 (9,89)	5 (7,25)	
Fiebre	4 (4,4)	4 (5,8)	
Aviso de defunción	7 (7,69) <sup>a</sup>	0 (0) <sup>b</sup>	
Vigilancia analgésica	4 (4,4)	2 (2,9)	
Vomito	2 (2,2)	4 (5,8)	
Estreñimiento	3 (3,3)	2 (2,9)	
Delirium	3 (3,3)	1 (1,45)	
Edema	3 (3,3)	1 (1,45)	
Manejo de dispositivos	2 (2,2)	2 (2,9)	
Curación de heridas	2 (2,2)	1 (1,45)	
Diarrea	0 (0)	2 (2,9)	

Retorno a emergencia (Sí)	67 (61,47)	65 (82,28)	0,002*
Misma causa (Sí)	10 (14,93)	15 (23,44)	0,215
Tiempo de retorno emergencia (días)			
0-2	14 (20,9)	11 (16,92)	
3-4	8 (11,94)	5 (7,69)	
5-10	12 (17,91)	6 (9,23)	0,227
>10	33 (49,25)	43 (66,15)	

Nota: \* diferencias significativas, superíndices distintos indican categorías que difieren, basada en la prueba Chi-cuadrado o Razón de verosimilitudes

**Fuente: Elaboración propia**

Al comparar las características demográficas, el motivo de la llamada y el retorno a la emergencia por tipo de tratamiento se observó lo siguiente: La edad presentó diferencias significativas con p-valor 0,001, las diferencias fueron para el grupo 18 a 41 años con proporciones 11,93% terapia paliativa vs 22,78% terapia curativa; asimismo para el grupo >65 años con proporciones 38,53% terapia paliativa vs 13,92% terapia curativa.

En cuanto al motivo de la llamada este presentó diferencias significativas con p-valor 0,013, las diferencias fueron para dolor cuyas proporciones fueron 36,26% terapia paliativa vs 44,93% terapia curativa; angustia con proporciones de 16,48% terapia paliativa vs 4,35% terapia curativa; aviso de defunción 7,69% terapia paliativa vs 0% terapia curativa.

En cuanto al retorno a emergencia esta presentó diferencias significativas con p-valor 0,002, siendo las proporciones 61,47% terapia paliativa vs 82,28% terapia curativa.

**TABLA 4.- RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, MOTIVO DE LLAMADA, RETORNO A EMERGENCIA DE LOS**

**PACIENTES QUE UTILIZARON SERVICIO DE TELEMEDICINA POR EDAD.**

Características	Edad (años)			p-valor
	18-41 n (%)	42-65 n (%)	>65 n (%)	
<b>Sexo</b>				
Femenino	24 (77,42) <sup>a</sup>	74 (71,15) <sup>a</sup>	24 (45,28) <sup>b</sup>	0,002*
Masculino	7 (22,58) <sup>a</sup>	30 (28,85) <sup>a</sup>	29 (54,72) <sup>b</sup>	
<b>Motivo de llamada</b>				
Dolor	15 (60) <sup>a</sup>	36, (38,3) <sup>b</sup>	13 (31,71) <sup>b</sup>	0,043*
Angustia	1 (4)	13 (13,83)	4 (9,76)	
Información de medicación opioide	2 (8)	9 (9,57)	4 (9,76)	
Información de medicación no opioide	0 (0)	11 (11,7)	3 (7,32)	
Fiebre	1 (4)	7 (7,45)	0 (0)	
Aviso de defunción	1 (4) <sup>a</sup>	2 (2,13) <sup>a</sup>	4 (9,76) <sup>b</sup>	
Vigilancia analgésica	0 (0)	3 (3,19)	3 (7,32)	
Vomito	1 (4)	4 (4,26)	1 (2,44)	
Estreñimiento	1 (4)	2 (2,13)	2 (4,88)	
Delirium	0 (0)	2 (2,13)	2 (4,88)	
Edema	1 (4)	3 (3,19)	0 (0)	
Manejo de dispositivos	2 (8) <sup>a</sup>	1 (1,06) <sup>b</sup>	1 (2,44) <sup>b</sup>	
Curación de heridas	0 (0) <sup>a</sup>	0 (0) <sup>a</sup>	3 (7,32) <sup>b</sup>	
Diarrea	0 (0)	1 (1,06)	1 (2,44)	
Retorno a emergencia (Sí)	26 (83,87) <sup>a</sup>	79 (75,96) <sup>a</sup>	27 (50,94) <sup>b</sup>	
Misma causa (Sí)	5 (19,23)	13 (16,67)	7 (25,93)	0,573
<b>Tiempo de retorno emergencia (días)</b>				
0-2	4 <sup>a</sup> (15,38)	14 <sup>a</sup> (17,72)	7 <sup>a</sup> (25,93)	0,874
3-4	3 <sup>a</sup> (11,54)	8 <sup>a</sup> (10,13)	2 <sup>a</sup> (7,41)	
5-10	5 <sup>a</sup> (19,23)	9 <sup>a</sup> (11,39)	4 <sup>a</sup> (14,81)	
>10	14 <sup>a</sup> (53,85)	48 <sup>a</sup> (60,76)	14 <sup>a</sup> (51,85)	

Nota: \* diferencias significativas, superíndices distintos indican categorías que difieren, basada en la prueba Chi-cuadrado o Razón de verosimilitudes

**Fuente: Elaboración propia**



Al comparar las características demográficas, el motivo de la llamada y el retorno a la emergencia por grupo de edad se observó lo siguiente:

EL sexo presentó diferencias por grupo de edad con p-valor 0,002, la distribución del sexo femenino presentó diferencias entre los grupos 14-41 años (77,42%), 42-65 años (71,15%) respecto al grupo >65 años (45,28%); la distribución del sexo masculino presentó diferencias entre los grupos 14-41 años (22,58%), 42-65 años (28,85%) respecto al grupo >65 años (54,72%).

En cuanto al motivo de la llamada este presentó diferencias significativas con p-valor 0,043; para dolor las diferencias fueron entre los grupos 14-41 años (60%) vs los grupos 42-65 años (38,30%) >65 años (31,71%); aviso de defunción las diferencias fueron entre los grupos 14-41 años (4%) y 42-65 años (2,13%) vs el grupo >65 años (9,76%); manejo de dispositivos las diferencias fueron entre los grupos 14-41 años (8%) vs los grupos 42-65 años (1,06%) >65 años (2,44%); curación de heridas las diferencias fueron entre los grupos 14-41 años (0%) y 42-65 años (0%) vs el grupo >65 años (7,32%).

En cuanto al retorno a emergencia esta presentó diferencias significativas con p-valor 0,001, las diferencias fueron entre los grupos 14-41 años (83,87%) y 42-65 años (75,96%) vs el grupo >65 años (50,94%).

**TABLA 5.- RELACIÓN MULTIVARIANTE PARA PREDECIR RETORNAR A EMERGENCIA DE LOS PACIENTES QUE UTILIZARON SERVICIO DE TELEMEDICINA.**

Variables	B	p-valor	OR	IC-OR 95%	
				Li	Ls
Edad					
18-41	1,30	0,027*	3,67**	1,16	11,66
42-65	0,88	0,022*	2,42**	1,14	5,14
Tipo de tratamiento					
Paliativo	-0,84	0,025*	0,43**	0,21	0,90
Sexo					
Femenino	0,15	0,674	1,17	0,57	2,38

---

Nota: Basada en regresión logística ; \* variable significativa p-valor<0,05, \*\* OR=odds ratio significativo

**Fuente: Elaboración propia**

Se realizó análisis multivariante para determinar la relación entre el tipo de terapia, la edad y el sexo para predecir el retorno a emergencia de los pacientes atendidos en el servicio de telemedicina.

La edad de 18-41 años y 42-65 años presentaron relación con el retorno a emergencia de los pacientes con p-valores 0,027 y 0,022 respectivamente; donde pacientes con estos grupos de edad presentaron 3,67 y 2,42 veces más probabilidad de retornar a emergencia.

El tratamiento paliativo presentó relación con el retorno a emergencia de los pacientes con p-valor 0,025, donde pacientes con este tratamiento presentaron 57% (1-0,43) menos probabilidad de retornar a emergencia con respecto a los que recibieron tratamiento curativo.

## DISCUSIÓN

Línea Paliativa como servicio complementario a la atención médica presencial de los pacientes paliativos en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA Guayaquil, desde su inicio en mayo del 2019 hasta la fecha en curso se han atendido aproximadamente 2300 llamadas, con un repunte mayor de atención durante la pandemia originada por la llegada del COVID-19, donde se receptaron un tercio de las asistencias telefónicas descritas; los cincuenta primeros días de iniciada la emergencia sanitaria se recibió aproximadamente 700 llamadas por telemedicina, causando tal impacto con su poder resolutivo que se abrieron tres líneas adicionales con posterior replica del modelo de atención en otros servicios del hospital.

A medida que la atención clínica se aleja del hospital y busca volverse más centrada en la persona, los proveedores, las prácticas y los sistemas de salud están probando nuevas estrategias para atender a los pacientes donde están, sin exigir que los pacientes viajen largas distancias para recibir atención. Una estrategia prometedora para lograr estos objetivos es la telemedicina con el uso de tecnologías de telecomunicaciones para brindar información y servicios médicos (Calton & et al , Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Telepalliative Care, 2019 ), en nuestro caso las restricciones en el traslado, el aislamiento social, el colapso hospitalario, el peligro de verse expuestos al contagio fueron algunas de las razones por las cuales nuestros pacientes en condición de vulnerabilidad debido a sus patologías oncológicas hicieron uso de esta herramienta que facilitó la atención, brindó apoyo en los momentos de angustia y mantuvo un flujo incesante de la medicación opioide.

Durante la última década, las oportunidades para brindar atención virtual a través de visitas por video han crecido dramáticamente debido a los avances en la seguridad de los datos y el progreso en las medidas de política para mejorar el reembolso. Los estudios de especialidades que van desde la pediatría hasta la neurología de adultos han demostrado tanto la viabilidad como la mejora de los resultados de los pacientes, especialmente para la supervisión y el asesoramiento remotos para enfermedades crónicas. Particularmente prometedoras son las intervenciones de telemedicina que mejoran el acceso a la atención en las zonas rurales (Totten & et al, 2016)

Los cuidados paliativos a distancia son la prestación remota de servicios de cuidados paliativos (CP) e información clínica mediante telemedicina. Esto incluye programas telefónicos, visitas por video con médicos y monitoreo remoto de síntomas. Si bien los cuidados paliativos a distancia tienen el potencial de mejorar sustancialmente tanto el acceso como la calidad de la CP, la evidencia es limitada sobre la mejor manera de ofrecer cuidados paliativos a distancia y qué brechas se pueden y no se pueden llenar a través de los cuidados paliativos a distancia (Calton & et al , Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Telepalliative Care, 2019 )

Hennemann-Krause et al realizo un estudio en 12 pacientes que fueron monitoreados a través de consultas mensuales con un equipo de salud multidisciplinario y conferencias web semanales. Durante el seguimiento, el equipo contactó con los pacientes en 305 ocasiones: hubo 89 consultas en el hospital, 19 asistencias presenciales a la familia (sin el paciente), 77 conferencias web, 38 llamadas telefónicas, 80 correos electrónicos y 2 visitas domiciliarias. El tiempo medio de seguimiento hasta la muerte fue de  $195 \pm 175,1$  días (Hennemann-Krause & et al , 2015)

Ream publico una revisión sistemática en los cuales 32 estudios fueron elegibles para inclusión; la mayoría tenía un riesgo moderado de sesgo, a menudo relacionado con el cegamiento. En conjunto, los investigadores reclutaron a 6250 personas y estudiaron las intervenciones en personas con una variedad de tipos de cáncer y a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, aunque muchas participantes tenían cáncer de mama o cáncer en estadio temprano o estaban comenzando el tratamiento, 21 estudios proporcionaron pruebas sobre la efectividad de las intervenciones telefónicas y la mayoría pareció reducir los síntomas de depresión en comparación con el control (Ream & et al , 2020)

En nuestro estudio para determinar los beneficios que aportan la telemedicina en la atención de pacientes paliativos y sus familias la población quedó conformada por 188 pacientes. La edad que predomino fue 42 a 65 años 55,32%; la distribución por sexo fue 64,89% femenino, el 57,98% recibían terapia paliativa y 42,02% terapia curativa. Entre los principales diagnósticos oncológicos se observó del sistema digestivo 25,53%. Con relación a la persona que realizó la llamada corresponden el 37,23% al

hijo, El principal motivo de la llamada fue por presencia de dolor 34,04%, datos que se asemejan a los descritos por Ream.

Middleton-Green et al. en su estudio afirman que 'el 98,5% de las llamadas que dieron como resultado que los pacientes permanecieran en su lugar de residencia' y la evaluación del servicio de la línea telefónica de asesoramiento realizada por Plummer et al. comenta que el 70 % de las personas que llamaron no fueron ingresadas en el hospital, posiblemente como resultado del consejo brindado por el administrador de llamadas (Funderskov & et al , 2019)

Los estudios de Wye et al. y Purdy et al. describen el 'Programa Delivering Choice' (DCP), los participantes que recibieron DCP tenían menos probabilidades de morir en el hospital, menos probabilidades de ser admitidos en el hospital en los 30 días anteriores a la muerte y menos probabilidades de visitar el departamento de emergencias (Calton & et al , Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Telepalliative Care, 2019 )

En nuestro estudio se evaluó el retorno a la emergencia y el motivo de los pacientes; 70,21% de los pacientes retornaron a emergencia, donde 19,08% acudió por la misma causa y 80,92% por otra causa, el tiempo de retorno este fue >10 días 57,58%, el medio de atención más utilizado fue la llamada telefónica 62,77%, seguido de WhatsApp 37,23%; el 98,94% manifestó que fue resuelto el motivo por el que llamó; 91,49% declaró que el personal que le atendió fue cortés y disponía de tiempo. En cuanto al nivel de satisfacción, 90,43% estaba satisfecho o muy satisfecho. Sobre las sugerencias de mejoras del servicio 88,30% declaró que ninguna datos que concuerdan con los presentados en los estudios realizados por Wye , Plummer y Purdy.

Kroenke midió el dolor en cuatro puntos de estudio después de la intervención telefónica (1, 3, 6 y 12 meses). En todos los puntos, el grupo de intervención informó mejoras significativamente mayores que el grupo de atención habitual en cuanto a la gravedad del dolor ( $P < 0,0001$ ) (Kroenke & et al , 2010)

En nuestro estudio al comparar las características demográficas, el motivo de la llamada y el retorno a la emergencia por tipo de tratamiento se observó lo siguiente: La edad presentó diferencias significativas con p-valor 0,001, las diferencias fueron para el grupo 18 a 41 años con proporciones 11,93% terapia paliativa vs 22,78% terapia curativa; en cuanto al motivo de la llamada este presentó diferencias

significativas con p-valor 0,013, las diferencias fueron para dolor cuyas proporciones fueron 36,26% terapia paliativa vs 44,93% terapia curativa; en cuanto al retorno a emergencia esta presentó diferencias significativas con p-valor 0,002, siendo las proporciones 61,47% terapia paliativa vs 82,28% terapia curativa, datos que concuerdan con los descritos por Kroenke donde el síntoma principal fue el dolor.

## **CONCLUSIONES**

- En nuestro estudio los pacientes que recibieron telemedicina fueron en su mayoría de sexo femenino, edad comprendida entre 42 a 65 años, recibiendo terapia paliativa.
- El principal motivo de la llamada fue el dolor la cual fue realizado por los hijos, y se les recomendando medidas farmacológicas.
- El retorno a la emergencia se observó en la mayor parte de los casos motivados por una causa diferente a la llamada recibida, en un lapso de tiempo de > 10 días.
- El medio de comunicación más utilizado fue la llamada telefónica.
- Los usuarios manifestaron que el motivo por el cual llamaron se resolvió, calificando estar satisfechos con la telemedicina, no dieron ninguna sugerencia.
- La implementación del programa de telemedicina en el Hospital SOLCA trajo consigo un sin número de beneficios para los pacientes oncológicos que recibían cuidados paliativos de forma presencial, que por motivo de la pandemia y debido a las normas implementadas por el Ministerio de Salud se suspendió la consulta médica presencial a nivel nacional perjudicando a este grupo vulnerable.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda mayor promoción de la telemedicina síncrona es decir comunicaciones a distancia en tiempo real para aumentar la accesibilidad a los servicios de salud en lugares rurales o de difícil acceso.
- Se recomienda la capacitación de los miembros del equipo de salud involucrado en proyectos de telemedicina para usar esta tecnología, además de la inclusión de telesalud y telemedicina como materias en los planes de estudio de las escuelas de ciencias de la salud.
- Se recomienda que se desarrollen manuales de uso, estrategias de sensibilización y capacitación a los ciudadanos, en el uso de telemedicina para la atención del paciente mediante tecnologías sincrónicas.

## **BIBLIOGRAFÍA**



- Allsop , M., & et al . (2019). Understanding patient requirements for technology systems that support pain management in palliative care services: A qualitative study. *Health Informatics J*, 25(3).
- Are , M., McIntyre , A., & Reddy , S. (2017). Global disparities in cancer pain management and palliative care. *J Surg Oncol*, 115(5).
- Bakitas , M., & et al . (2020). Forging a New Frontier: Providing Palliative Care to People With Cancer in Rural and Remote Areas. *J Clin Oncol*, 38(9).
- Biswas , S., & et al . (2020). Smartphone-Based Telemedicine Service at Palliative Care Unit during Nationwide Lockdown: Our Initial Experience at a Tertiary Care Cancer Hospital. *Indian J Palliat Care*, 26(1).
- Biswas, S., & Adhikari , S. (2020). Integration of Telemedicine for Home-Based End-of-Life Care in Advanced Cancer Patients during Nationwide Lockdown: A Case Series. *Indian J Palliat Care*, 26(1).
- Calton , B., & et al . (2020). Patient and Caregiver Experience with Outpatient Palliative Care Telemedicine Visits. *Palliat Med Rep*, 1(1).
- Calton, B., & et al . (2019 ). Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Telepalliative Care. *J Palliat Med*, 22(8).
- Chen , Y., & et al. (2017). Effect of telehealth intervention on breast cancer patients' quality of life and psychological outcomes: a meta-analysis. *J Telemed Telecare*, 1(1).
- Chochinov , H., & et al . (2015). Eliciting Personhood Within Clinical Practice: Effects on Patients, Families, and Health Care Providers. *J Pain Symptom Manage*, 49(6).
- Dionne-Odom , J., & et al . (2018). Adapting an Early Palliative Care Intervention to Family Caregivers of Persons With Advanced Cancer in the Rural Deep South: A Qualitative Formative Evaluation. *J Pain Symptom Manage*, 55(6).
- Dorsey , E., & Topol , E. (2016). State of Telehealth. *N Engl J Med*, 375(14).
- Ebneter, A., & et al . (2021 ). Telemedicine in Palliative Care: Digital Communication in a Relationship-Based Speciality - Does It Make Sense? *Praxis (Bern 1994)*, 110(15).
- Funderskov, K., & et al . (2019). Experiences With Video Consultations in Specialized Palliative Home-Care: Qualitative Study of Patient and Relative Perspectives. *J Med Internet Res*, 21(3).
- Gellis , Z., & et al . (2012). Outcomes of a telehealth intervention for homebound older adults with heart or chronic respiratory failure: a randomized controlled trial. *Gerontologist*, 52(4).
- Hancock, S., & Preston, N. (2019 ). Telehealth in palliative care is being described but not evaluated: a systematic review. *BMC Palliat Care*, 18(1).

- Head , B., & et al . (2017). Telehealth in palliative care: a systematic review of patient-reported outcomes. *J Hosp Palliat Nurs*, 19(2).
- Hennemann-Krause , L., & et al . (2015). The assessment of telemedicine to support outpatient palliative care in advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*, 13(4).
- Kelley , A., & et al . (2015). Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med*, 373(747–55).
- Kidd , L., & et al . (2010). Telehealth in palliative care in the UK: a review of the evidence. *J Telemed Telecare*, 16(7).
- Kroenke , K., & et al . (2010). Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer. A randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 304(2).
- Mok , K. (2021). Telemedicine for palliative care: Current and future challenges. *Ann Acad Med Singap*, 50(11).
- Oelschlägel , L., & et al . (2021). Implementing welfare technology in palliative homecare for patients with cancer: a qualitative study of health-care professionals' experiences. *BMC Palliat Care*, 20(1).
- Ong , M., & et al . (2016). Telemedicine in heart failure—ineffective or just ill used? *JAMA Intern Med*, 176(7).
- Pavic , M. (2020). Feasibility and Usability Aspects of Continuous Remote Monitoring of Health Status in Palliative Cancer Patients Using Wearables. *Oncology*, 98(6).
- Rabow , M., & et al . (2013). Moving upstream: a review of the evidence of the impact of outpatient palliative care. *J Palliat Med*, 16(12).
- Ream , E., & et al . (2020). Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(6).
- Rogante, M., & Giacomozzi , C. (2016). Telemedicine in palliative care: a review of systematic reviews. *Ann Ist Super Sanita*, 52(3).
- Steindal, S., & et al . ( 2020 ). Patients' Experiences of Telehealth in Palliative Home Care: Scoping Review. *J Med Internet Res*, 22(5).
- Schuit , A. (2019). Efficacy and cost-utility of the eHealth application 'Oncokompas', supporting patients with incurable cancer in finding optimal palliative care, tailored to their quality of life and personal preferences: a study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Palliat Care*, 18(1).
- Simen , A., & et al . (2020). Patients' Experiences of Telehealth in Palliative Home Care: Scoping Review. *J Med Internet Res*, 22(5).
- Sirintrapun , S. (2018). Telemedicine in Cancer Care. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 23(38).

- Totten, A., & et al. (2016). Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes From Systematic Reviews. *Technical Briefs, 1*.
- Worster, B., & Swartz, K. (2017). Telemedicine and Palliative Care: an Increasing Role in Supportive Oncology. *Current Oncology Reports, 19*(37).
- Zheng , Y., & et al . (2016). A Systematic Review of Telehealth in Palliative Care: Caregiver Outcomes. *Telemed J E Health, 22*(4).



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



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

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Parra Gavilanes Ericka Magdalena** con C.C: # **0917216343** autor/a del trabajo de titulación: **Telemedicina, innovando las redes de apoyo en el sistema de atención paliativa en el Hospital SOLCA Guayaquil. Marzo-julio 2021** previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **16 de febrero de 2022**

*Ericka Parra G.*

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Parra Gavilanes Ericka Magdalena**

C.C: 0917216343

<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	<b>Telemedicina, innovando las redes de apoyo en el sistema de atención paliativa en el Hospital SOLCA Guayaquil. Marzo-julio 2021</b>		
<b>AUTOR(ES)</b>	<b>Parra Gavilanes Ericka Magdalena</b>		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	<b>Lorena Sandoya Onofre</b>		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	<b>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil</b>		
<b>FACULTAD:</b>	<b>Escuela de Graduados en Ciencia de la Salud/Sistema de Posgrado</b>		
<b>CARRERA:</b>	<b>Especialización en Cuidados Paliativos</b>		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	<b>Especialista en Cuidados Paliativos</b>		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>16 de febrero de 2022</b>	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	<b>42</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	<b>Cuidados Paliativos</b>		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	<b>telemedicina, cuidados paliativos, beneficios.</b>		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>			
<p>Durante la pandemia provocada por el COVID 19 se suspendió la atención médica presencial como la conocíamos, debido a esto, la atención por telemedicina tuvo un rol protagónico en el país, esto me inspiró a realizar este estudio <b>OBJETIVO:</b> Determinar los beneficios que aporta la telemedicina en la atención de pacientes paliativos y sus familias. <b>METODOLOGÍA:</b> Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. <b>RESULTADOS:</b> Se analizaron 188 pacientes. La edad que predominó fue 42 a 65 años 55,32%; la distribución por sexo fue 64,89% femenino, el 57,98% recibían terapia paliativa, con relación a la persona que realizó la llamada corresponden el 37,23% al hijo, El principal motivo de la llamada fue por presencia de dolor 34,04%, En cuanto a la recomendación dada se tiene medidas farmacológicas (no opioides) 28,72%, el 70,21% de los pacientes retornaron a emergencia, donde 80,92% acude por otra causa, el tiempo de retorno este fue &gt;10 días 57,58%, el medio de atención más utilizado fue la llamada telefónica 62,77%, el 98,94% manifestó que fue resuelto el motivo por el que llamó; 91,49% declaró que el personal que le atendió fue cortés y disponía de tiempo. En cuanto al nivel de satisfacción, 90,43% estaba satisfecho o muy satisfecho. Sobre las sugerencias de mejoras del servicio 88,30% declaró que ninguna. <b>CONCLUSIONES:</b> En nuestro estudio los beneficios fueron resolución del motivo por el cual llamaron, calificando estar satisfechos con la telemedicina, no dieron ninguna sugerencia los pacientes.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-984688870	<b>E-mail:</b> ericka.parra.gavilanes@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: (Apellidos, Nombres completos)</b>		
	<b>Teléfono: +593-4-(registrar teléfonos)</b>		
	<b>E-mail: (registrar los emails)</b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			