



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

**“ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON ENFERMEDADES
TERMINALES EN EL CENTRO SANTA
MARÍA JOSEFA DE LA CIUDAD DE LOJA,
MAYO/2010- MAYO/2011”**

TESIS DE GRADO PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

NOMBRE:

Tania Jhoanna Alulima Quinche

DIRECTORA

Lic. Rosa Araujo

**LOJA – ECUADOR
2011**

CERTIFICACIÓN

Lic. Rosa Araujo

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA

Que el trabajo de tesis, previa a obtención del título de Licenciada en enfermería cuyo tema se denomina: **“ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES EN EL CENTRO SANTA MARÍA JOSEFA DE LA CIUDAD DE LOJA, MAYO/2010- MAYO/2011”** de autoría de Tania Jhoanna Alulima Quinche, ha sido orientado, dirigido y revisado bajo mi dirección y control, por lo que autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el respectivo tribunal de grado.

Loja, Mayo de 2011.

Atentamente

.....
Lic. Rosa Araujo
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Todos los conceptos, análisis y demás opiniones realizadas en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Tania Joannna Alusima Quinche

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por la vida, a mis padres, docentes, compañeros por el apoyo incondicional que me brindaron para continuar y culminar mis estudios universitarios, el mismo que me permitirá poner mis conocimientos al servicio de la sociedad.

De manera muy comedida agradezco a la Lic. Rosita Araujo, quien con paciencia y dedicación asesoró la presente tesis.

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico, primero a DIOS y a todas las personas que de alguna manera me supieron apoyar; docentes, compañeras/os familia y sobre todo a mi madre que con su esfuerzo logró que mi carrera culmine....

Tania Johanna Alulima Quinche

ESQUEMA

- Portada
- Certificación
- Autoría
- Agradecimiento
- Dedicatoria
- Esquema de tesis
- Título
- Resumen
- Summary
- Introducción
- Revisión de literatura
- Esquema del Marco teórico
- Metodología presentación de resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Bibliografía
- Anexos
- Índice

WITULO

**“ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
ENFERMEDADES TERMINALES EN EL CENTRO SANTA MARÍA JOSEFA
DE LA CIUDAD DE LOJA, MAYO/2010- MAYO/2011”**

RESÜMEN

La tarea de la enfermera en el cuidado de pacientes con enfermedades terminales será hasta cierto punto más sencilla si tienen una sólida filosofía personal y una actitud objetiva y positiva hacia la enfermedad. La enfermera debe ser capaz de proporcionar apoyo y esperanza a los pacientes y familia.

Resulta interesante el concepto de Hospice, es decir lugar donde los pacientes pueden ser internados durante periodos cortos o largos para recibir cuidados de enfermería. Estos lugares tratan de mantener un medio ambiente similar a los hogares, en tanto ayudan a liberar a las familias de las cargas emocionales y físicas que implica el cuidado constante. Además proporciona apoyo médico, social y psicológico a los pacientes y a sus familias de forma tal que el proceso de muerte resulta digno.

Es así que el centro Santa María Josefa de la Ciudad de Loja, se ha caracterizado por el cuidado de aquellos pacientes que sufren enfermedades terminales, cuya meta principal es aliviar la angustia física, mental y espiritual, lo cual fue determinado con la respectiva investigación, planteando el tema: **“ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES EN EL CENTRO SANTA MARÍA JOSEFA DE LA CIUDAD DE LOJA, MAYO/2010- MAYO /2011”** con un estudio de tipo descriptivo trasversal; cuyo universo lo constituyeron 20 personas entre pacientes y/o familiares y el personal encargado del cuidado. Para alcanzar

los objetivos planteados como: evaluar el cuidado del paciente terminal, se empleó la técnica de entrevista, aplicada a un paciente y/o familiar; también se utilizó la observación para identificar los cuidados proporcionados por el personal encargado a los pacientes ingresados.

Al final de esta investigación se concluyó que la atención de enfermería en cuidados paliativos en el centro Santa María Josefa de la ciudad de Loja es muy satisfactoria ya que el 100% de los pacientes reciben los cuidados de enfermería que abarcan todas las necesidades reales y potenciales que un individuo requiere resolver o atender.

SUMMARY

The task of the nurse in the care of terminally ill patients will be somewhat easier if you have a strong personal philosophy and an objective and positive attitude towards the disease. The nurse must be able to provide support and hope to patients and family.

Interestingly, the concept of hospice that is where patients can be hospitalized for short or long periods to receive nursing care. These sites try to maintain an environment similar to the homes, while helping to free families from emotional and physical burdens of caring constant. Also provides medical, social and psychological support to patients and their families so that the process is worthy of death.

Thus, the central Santa Maria Josefa de la Ciudad de Loja, has been characterized by those caring for terminally ill patients, whose main goal is to alleviate physical distress, mental and spiritual, which was determined with the respective research raising the issue: COMPREHENSIVE NURSING PATIENT WITH TERMINAL ILLNESS AT HOME SANTA MARIA JOSEFA DE LA CIUDAD DE LOJA, MAY/2010 – MAY/2011, with a cross-sectional descriptive study, whose universe was constituted by 20 people between patients and / or family and care staff. To achieve the objectives as assessing the care of terminally ill patients, we used the interview technique, applied to

a patient and / or family also used the observation to identify the care provided by staff to patients admitted.

At the end of this investigation concluded that nursing care in palliative care in downtown Santa Maria Josefa of the city of Loja is very satisfactory because 100% of patients receiving nursing care covering all actual and potential needs requires an individual to resolve or address.

INTRODUCCIÓN

“En las últimas décadas estamos asistiendo el aumento gradual de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas, junto al envejecimiento progresivo de nuestra población. Los avances conseguidos en el tratamiento específico del cáncer, han permitido un aumento significativo de la supervivencia y calidad de vida de estos enfermos. Más recientemente, enfermedades como el SIDA han irrumpido en nuestra sociedad demandando una respuesta sanitaria.

Los cuidados paliativos modernos surgen desde organizaciones caritativas de carácter religioso, gracias a la visión innovadora y a la capacidad organizativa de Cicely Saunders, considerada como la pionera de los cuidados paliativos en el mundo. En 1967 funda en Inglaterra el Saint Christopher's Hospice, reconocido como la primera unidad de cuidados paliativos; a partir de ese momento, la práctica de los cuidados paliativos comienza a difundirse por Europa y el resto del mundo, en distintas modalidades según se aplique en el cuidado domiciliario o a nivel intrahospitalario.

Cicely Saunders visita Estados Unidos en 1973 y bajo la influencia de esa visita se funda la primera residencia para enfermos terminales (hospice), en el estado de Connecticut, en 1974. Más adelante, el Hospital Victoria, de Canadá publica un artículo en que reemplaza el concepto de hospice por el

de cuidados paliativos, que es un concepto más amplio y le otorga categoría internacional a este ejercicio de salud. En España se crean las primeras unidades de cuidado paliativo, entre ellas la del Hospital de la Santa Creu de Vic, fundada en 1986”.¹

Distintas organizaciones internacionales, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), establecen en ese entonces las primeras recomendaciones, que siguen aún vigentes. Otro hito importante es el reconocimiento de la medicina paliativa como especialidad, en el Reino Unido, en 1987.

“Uno de los objetivos de los cuidados paliativos, es el manejo adecuado del dolor en los pacientes con enfermedades que amenazan la vida, en especial en fase terminal, y aunque el dolor producido por cáncer es el más evidente y sobre el que más investigación se ha desarrollado muchas enfermedades como el SIDA, Esclerosis múltiple, Artritis, Parkinson y Alzheimer generan dolor, es así que varios estudios sugieren una prevalencia de 30 a 40% de dolor en pacientes con enfermedad moderada y 70 a 90% reportan dolor en aquellos pacientes con enfermedad avanzada”.²

¹ Sosa González M. Medicina Paliativa, cuidados a enfermos terminales. Revista publicada 2010. Colombia.

² OMS. Nueva guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con cáncer avanzado. Publicado octubre 2007. ginebra.
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es/index.html>.
Consultado 2 junio 2010.

“Investigaciones realizadas en varios países han demostrado que el tratamiento con opiáceos es efectivo en un 75% a 90% de los pacientes terminales con dolor relacionado o no con cáncer y su disponibilidad para el alivio del dolor se considera como un indicador de la calidad de la atención de los programas nacionales de cáncer y cuidados paliativos siendo esta una de las razones por la que constan en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

Datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) tomados de la lista corta de agrupamiento de causas de muerte del año 2006 muestran que 11.548 personas en el Ecuador fallecieron con enfermedades que presumiblemente estuvieron relacionadas con dolor durante su fase terminal”³.

“La Medicina Paliativa no es un conjunto de omisiones terapéuticas que buscan poner término a la brevedad posible un sufrimiento y por ningún motivo debe confundirse con la muerte asistida o la eutanasia. Por el contrario, ofrece al paciente una alternativa diferente a éstas, en una filosofía que encierra el concepto de morir con dignidad, considerando a la muerte como un fin inevitable, doloroso, pero normal; que debe ocurrir en su momento, sin acelerarla, pero tampoco posponerla inútil y cruelmente (distanasia).

³ INEC 2006.

La práctica e intervención del personal de enfermería dentro del contexto de los cuidados paliativos siempre han estado orientadas al logro de objetivos específicos a través de diferentes actividades dirigidas tanto al paciente como a sus familiares para enseñarlos a sacar partido de sus recursos decrecientes y apoyarlos en esa etapa tan importante de la vida”⁴. En general el trabajo del personal de salud debe fundamentarse en la siguiente frase: "El acceso al Cuidado Paliativo debe basarse en la necesidad, solo en la necesidad... no debería estar determinado por el lugar donde vive el paciente, su capacidad económica, su enfermedad, edad, sexo, u otro aspecto"(Tony O´Brien, 2003).

Siendo ineludible y urgente la necesidad de contribuir al cuidado del paciente terminal en el centro Santa María Josefa de la ciudad de Loja, se justifica la elaboración de este estudio, para lo cual se ha planteado los siguientes objetivos: Evaluar la calidad de atención al paciente terminal por parte del personal encargado, identificar los cuidados que brinda el personal a los pacientes y elaborar una guía para la Atención en este tipo de procesos.

⁴ Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Revista Medicina Paliativa. Vol. 11, Año De Publicación 2005.

REVISIÓN DE LITERATURA

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

1. PACIENTE TERMINAL

1.1 Definición

1.2 Características

1.3 Cuidados paliativos: objetivos

1.4 Patologías que requieren cuidados paliativos

2 ROL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

2.1 Valoración inicial

2.2 Diagnóstico de enfermería

2.3 Planificación de los cuidados

2.4 Ejecución

2.5 Evaluación final

2.6 Aspectos tomados en cuenta para cuidados paliativos

- Cuidados del alivio del dolor
- Cuidados de la higiene
- Cuidados de la alimentación
- Cuidados de la piel
- Cuidados para la eliminación
- Apoyo Psicológico a paciente y familia
- Medidas para el confort y la seguridad

1. PACIENTE TERMINAL

“La OMS define que paciente terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado.

1.1 CARACTERÍSTICAS

La definición del enfermo terminal tiene que cumplir una serie de características:

- Presencia de un enfermedad avanzada, progresiva e incurable
- Falta de posibilidad a razonables de respuesta al tratamiento específico
- Presencia de numerosos problemas, síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y el equipo terapéutico, relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- Pronostico de vida inferior a 6 meses.⁵

⁵ Rodríguez C. Cuidados Paliativos para enfermería. Revista publicada 29/03/2006. Disponible en: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf. Consultado 7 junio 2010.

1.2 CUIDADOS PALIATIVOS



En el contexto, el verbo paliar significa mitigar, aliviar, reducir la gravedad de dolor o de la enfermedad o proporcionar alivio pasajero.

Cuando en 1987 se reconoció a la medicina paliativa como especialidad médica, se definió como el “estudio o tratamiento de pacientes aquejados de enfermedad activa, progresiva y muy avanzada, para quienes el pronóstico de vida es limitado”.⁶

1.3 Objetivos de los cuidados paliativos

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar, ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.

⁶ Organización mundial de Salud (OMS) – Asociación Internacional para el estudio del dolor. Alivio del dolor tratamiento paliativo en el cáncer infantil. Ginebra 1999. Pág. 8

- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

1.4 Patologías que requieren cuidados paliativos

1. Patologías no neoplásicas, como las crónicas, progresivas e infecciosas:

- V.I.H. en fase final.
- Insuficiencia Respiratoria Crónica.
- Insuficiencia Cardíaca en fase terminal.
- Cirrosis Hepática.
- Insuficiencia Renal Crónica.

2. Patologías Neurológicas Degenerativas:

- La Esclerosis Lateral Amiotrófica.
- Esclerosis en Placas.
- Demencias.

“Este conjunto de enfermos presenta sintomatología física avanzada, alteraciones psicológicas y sociales, precisan apoyo espiritual. Sus familias precisan apoyo social, psicológico y espiritual en numerosas ocasiones.

Los profesionales de enfermería tienen que estar preparados para asistir, entender, acompañar y ayudar a cualquier ser humano en los difíciles

momentos en los que se convierte en un paciente terminal y todo el proceso que sigue hasta la muerte.

El sufrimiento que este proceso conlleva, no es un síntoma ni un diagnóstico, sino una experiencia humana tremendamente compleja, que siempre necesita de los profesionales de enfermería, no sólo para el control de los síntomas (administrando tratamiento médico), sino también para poder verbalizar las múltiples preocupaciones o miedos que tiene.

Es imprescindible el abordar las necesidades del paciente desde un punto de vista no solo integral sino considerando al paciente único, es decir individualizando el tratamiento para obtener el mayor bienestar y confort, todo esto requiere humanización, empatía, y dedicación.

Los cuidados de enfermería deben ser realizados a través de una atención donde estén perfectamente intrincadas la labor hospitalaria como la labor domiciliaria, para que el paciente pueda disfrutar en su entorno fuera del encorsetamiento administrativo y deshumanización hospitalaria".⁷

⁷ Rodríguez C. Cuidados Paliativos para enfermería. Revista publicada 29/03/2006.
Disponible en:
http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf.
Consultado 7 junio 2010

2. ROL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS



2.1 Valoración inicial

“La asistencia de los pacientes con enfermedad terminal se inicia al identificar el origen y grado de malestar que presentan, se detectan problemas y necesidades reales y potenciales, en las áreas: física, Psico-emocional, social, espiritual. Se deben explorar las estrategias de afrontamiento y recursos propios en el paciente y su familia. Se preguntará al paciente que es lo que más le preocupa en ese momento y se utilizará la respuesta para planificar y establecer prioridades en la atención, según necesidades.

2.2 Diagnóstico de Enfermería

Consiste en detectar el grado de alteración del bienestar, en relación con el impacto del proceso de la enfermedad terminal. Se elabora un diagnóstico de la situación real del paciente y se definen objetivos.

Un objetivo general consiste en aliviar el sufrimiento ayudando al paciente a lograr una mejor calidad de vida, en función de sus actitudes, forma de vida y deseos.

2.3 Planificación de los cuidados

Se determinan las acciones a implementar respondiendo a los objetivos planteados. Implica la participación de todo el recurso humano, incluida la familia, cuidadores principales en el domicilio.

2.4 Ejecución

Se proveen los cuidados que ayuden a satisfacer las necesidades del paciente y familia, y así lograr los objetivos propuestos a través de un plan de acción individualizado. Se debe garantizar continuidad en la atención independientemente del lugar en que permanezca el paciente, ya sea el hospital o el domicilio.

2.5 Evaluación final

La unidad de tratamiento es el paciente y la familia por lo cual el proceso evaluativo incluye a ambos y en una visión global. Las respuestas satisfactorias hacia las intervenciones del equipo se ponen de manifiesto a través de un proceso de muerte digno, y en el lugar y la forma que el paciente haya elegido.

Es necesario realizar reevaluaciones continuas, ya que se trata de un paciente plurisintomático multicambiante”⁸

⁸ Junín M. Primer simposio virtual de dolor, medicina paliativa y avances en Farmacología del dolor. Publicado 2006.
Disponible en: <http://www.simposio-dolor.com.ar/contenidos/archivos/sdc017c.pdf>

2.6 ASPECTOS TOMADOS EN CUENTA PARA CUIDADOS PALIATIVOS

CUIDADOS DE ALIVIO DEL DOLOR



“La enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y tratamiento del paciente con dolor. El hecho de tener un contacto más continuo e intenso con el enfermo implica que con frecuencia establece relaciones de mayor cercanía y cordialidad, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz”.⁹

“El dolor es una sensación desagradable, enteramente subjetiva. Los receptores específicos del dolor proyectan los impulsos por las vías neurales hacia el cerebro”.¹⁰

Actividades de enfermería

- ✓ Valorar el dolor del paciente: si se identifican las características del dolor, se podrán determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo, es necesario hacer una valoración extensa del dolor tanto en cantidad como

⁹ Rodríguez C. Cuidados Paliativos para enfermería. Revista publicada 29/03/2006. Disponible en: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf. Consultado 7 junio 2010.

¹⁰ Long, Phipps, Cassmeyer. Enfermería Médico Quirúrgico. Tercera edición. Vol. II. Pág. 170-478

en cualidad como en la relación existente con factores psicológicos y sociales, e incluso medioambientales.

- ✓ No juzgar el dolor que el paciente dice tener: McCaffrey define el dolor como *“lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”*, siempre creer al enfermo.
- ✓ Administrar el analgésico prescrito por él médico, que se hará a horas fijas.
- ✓ Verificar que el paciente tome la medicación correctamente, por ejemplo, los comprimidos de sulfato de morfina
- ✓ Utilización de la vía adecuada para el fármaco, en cuidados paliativos la vía de elección es la vía oral, seguida de la vía subcutánea y solamente utilizar en casos excepcionales la vía intravenosa; no se utilizará por tanto vías dolorosas como puede ser la intramuscular o invasivas como la vía espinal.
- ✓ Hacer que el enfermo adopte las posiciones más adecuadas para evitar el dolor.
- ✓ Ayudar a colocar al paciente cómodamente, sin tensiones musculares.
- ✓ Intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso: ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono social, introversión, etc. Pero tener en cuenta que aunque estos síntomas estén controlados no significa que no aparezca el dolor.
- ✓ Valorar el dolor a través de escalas cualitativas o cuantitativas.

Escala del dolor	
Ausencia	0
Dolor leve	1
Incomodidad	2
Perturbador	3
Dolor terrible	4
Dolor atroz	5

Tomado: Long. Enfermería Médico Quirúrgico. Vol. II.

- ✓ Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas.

PAUTAS DE LA FARMACOTERAPIA ANALGÉSICA

“Todos los enfoques no farmacológicos se aplican a todos los dolores de cualquier origen, físico o psíquico y deberían ser parte integral de toda intervención orientada a controlar en dolor. No obstante el planeamiento óptimo de manejo dl dolor, en pacientes terminales incluye farmacoterapia casi siempre con los medicamentos analgésicos como piedra angular del tratamiento.”¹¹

El uso correcto de los analgésicos, capaz de aliviar el dolor se presenta en 4 conceptos:

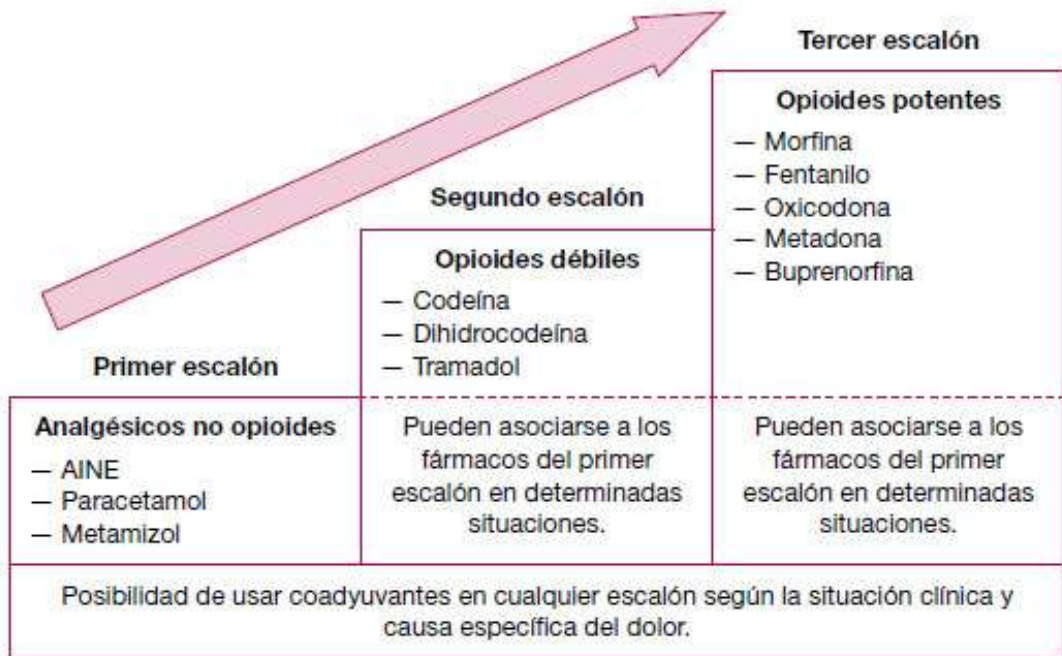
¹¹ Organización mundial de Salud (OMS) – Asociación Internacional para el estudio del dolor. Ginebra 1999. Pág. 27-32

1. Por peldaños
2. Por reloj
3. Por la vía adecuada
4. Para cada paciente

POR PELDAÑOS

ESCALERA ANALGÉSICA PARA EL CONTROL DEL DOLOR SEGÚN LA OMS

“La guía de la OMS para el tratamiento del dolor, recomienda una pauta escalonada de tratamiento, según la intensidad”.¹²



Fonseca L. Manejo del dolor. Colombia 2010.

¹² Fonseca L. Manejo del dolor. Colombia 2010.

POR RELOJ

Se debe administrar a las horas fijas, es decir por el reloj y no pro re nata – según sea necesario a menos que los episodios del dolor sean verdaderamente intermitente e imprevisible. El intervalo entre dosis se debe determinar en función de la intensidad del dolor y de la duración del efecto de cada medicamento.

POR LA VÍA ADECUADA

Los medicamentos deben ser administrados por la vía más sencilla, más efectiva y menos dolorosa. Los analgésicos se suelen dar por vía oral. También puede estar indicada vía intravenosa, subcutánea y transdérmica. En general la inyección intramuscular solo se emplea en caso de absoluta necesidad; es dolorosa.

PARA CADA PACIENTE

Toda medicación se debe dosificar según las circunstancias del paciente, no hay una dosis única que sea propia para cada paciente. Lo deseable es que el paciente no tenga dolor antes del momento en que haya que administrar la dosis siguiente.

CUIDADOS DE LA HIGIENE



“La higiene es la ciencia de la salud y su mantenimiento. La higiene implica el cuidado de la piel, cabello, uñas, dientes, cavidad oral y nasal, ojos, oídos y zonas perianal y genital”.¹³

Los pacientes pueden necesitar ayuda para llevar a cabo muchas de las actividades higiénicas.

Baño: el baño elimina la grasa acumulada, las células muertas y algunas bacterias. El baño también produce una sensación de bienestar, es refrescante y relajante y con frecuencia levanta el ánimo y mejora el aspecto y el amor propio. En general a los pacientes se les proporciona dos tipos de baño:

Baño completo en cama: la enfermera lava en la cama el cuerpo completo del paciente dependiente.

Baño de ducha: los pacientes pueden caminar, utilizan la ducha y necesitan una ayuda mínima del profesional de enfermería”. (Kozzier 1999; 782).

¹³ Kozzier, Gerb, JM. Wilkimson. Fundamentos de enfermería. Quinta edición actualizada. Vol. España 1999. Pág.774

Actividades de enfermería

- Preparar al paciente y el entorno
- Cierre ventanas y puertas para asegurarse que no entren corrientes de aire.
- Proporcione intimidad

Para el baño en cama

- Coloque la cama en posición adecuada y retire la ropa de cama y sustitúyalas por una sábana de baño.
- Quite la pijama
- Hacer una manopla de baño con una toalla pequeña
- Lave la cara (ojos, oídos, cuello)
- Lave los brazos y las manos desde la zona distal hacia la proximal (énfasis en las axilas).
- Lavar el tórax y abdomen, prestando atención en los pliegues debajo de las mamas y el ombligo.
- Lavar las piernas y los pies: emplee pasadas largas, uniformes y firmes, desde la zona distal a la proximal, estimula el flujo venoso.
- Lave los pies sumergiéndolos en la palangana con agua.
- Lavar la espalda y luego el perineo.
- Ayude al paciente con los complementos de aseo, polvo, loción, desodorante.

Para el baño de ducha

- Coloque una alfombrilla en la entrada de la bañera, para evitar resbalones.
- No dejar solo al paciente.
- Ayudar al paciente con el lavado y salida de la bañera.
- Secar al paciente y ayudarlo a proseguir su aseo.

“Cuidados de la boca: una buena higiene bucal incluye la estimulación diaria de las encías, el cepillado, enjuague de la boca. Al igual que los dientes naturales, las dentaduras postizas acumulan microorganismos y restos de alimentos. Estos tienen que ser limpiados con regularidad, al menos una vez al día”. (Kozzier 1999; 800-809)

Actividades de enfermería

- “Valorar el estado de a boca diariamente.
- Lavar los dientes o por lo menos dos veces al día con un cepillo de cerdas suaves, para evitar lesiones.
- Retirar la dentadura postiza en la noche, colocarla en un recipiente con agua.
- Enjuagar la boca con agua de manzanilla.
- Para aumentar la salivación y la humedad de la mucosa oral: dar fruta fresca”.

CUIDADOS DE LA ALIMENTACIÓN



“La alimentación es un símbolo de salud y actividad. En la situación de enfermedad terminal es frecuente que enfermos y/o familiares refieran problemas relacionados con ésta.

La elevada frecuencia de anorexia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, sensación de repleción precoz, constipación, trastorno del gusto, odinofagia, problemas obstructivos del tracto digestivo alto (disfagia) o bajo (suboclusiones) o infecciones orofaríngeas hace que con frecuencia tengamos que adaptar la dieta”¹⁴

Actividades de enfermería

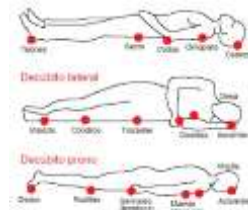
- Deben comentarse, siempre delicadamente, con el enfermo y sus familiares los aspectos específicos referidos a la alimentación; la educación de la familia y la adecuación a los gustos individuales previos del enfermo son fundamentales.
- Como normas generales, y teniendo en cuenta la anorexia, la debilidad y la sensación de repleción gástrica precoz, es recomendable fraccionar la

¹⁴ Sancho Gómez M. El problema de los enfermos terminales. Guía publicada 2009. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=nueve>

dieta en 6-7 tomas y flexibilizar mucho los horarios según el deseo del enfermo.

- Las dietas semiblandas o blandas suelen ser mejor toleradas.
- La cantidad de cada ingesta debe adaptarse al enfermo, sin presiones para una ingesta mayor, que inducen más sensación de fracaso.
- En cuanto a la composición, creemos que no debemos insistir en nutriciones hipercalóricas o hiperproteicas, que no tienen mucho sentido en esta situación, ni tampoco en las dietas específicas ricas en fibras para la prevención y tratamiento del estreñimiento (porque deben tomarse en cantidades importantes que los enfermos no toleran, y porque disponemos de tratamientos específicos más eficaces).
- La presentación de la dieta y la adecuación del tamaño del plato a la cantidad de comida son aspectos importantes y frecuentemente olvidados para mejorar la tolerancia.
- En la situación de enfermedad terminal, el uso de sonda nasogástrica u otras formas intervencionistas debe quedar restringido a la presencia de problemas obstructivos altos (orofaringe, esófago) que originan disfagia u odinofagia.
- El uso de suplementos nutricionales sigue siendo muy controvertido pueden disminuir el apetito de las comidas regulares y si se usan durante mucho tiempo, terminan por aburrir al enfermo.

CUIDADOS DE LA PIEL



“La piel es el órgano más extenso del cuerpo, cumple con funciones importantes.

La valoración de la piel del paciente incluyen: prácticas de cuidado de la piel, capacidades del autocuidado y problemas cutáneos pasados y presentes, valoración física de la piel y la identificación de pacientes con alto riesgo de presentar problemas cutáneos”. (Kozzier 1999; 509-512)

“Las acciones a emprender, en los enfermos en fase terminal, vendrán determinadas por el estado general del paciente, su calidad de vida y pronóstico, siempre teniendo en cuenta la filosofía que imparten los cuidados paliativos, por lo que si nuestra meta no puede ser la de curar una ulcera de decúbito o un tumor ulcerado que tiene un paciente, entonces será la de cuidar a una persona que tiene una ulcera o tumor ulcerado, ahorrándole todas las molestias posibles y proporcionándole el máximo de confort”. (Rodríguez C 2006)

Las úlceras de presión es cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca lesión del tejido subyacente. Afecta severamente la calidad de vida del enfermo, ocasionando dolor y malestar que, en determinados momentos, hacen necesaria una analgesia adecuada.

Cuidados de enfermería en las úlceras de primer grado (afectación de la epidermis)

- ✓ Eliminar presiones en zonas de riesgo
- ✓ Lavar con agua y jabón sin frotar.
- ✓ Hidratar con masaje

Cuidados de enfermería en las úlceras de segundo grado (afectación de epidermis, dermis y tejido subcutáneo)

- ✓ Limpiar con suero salino
- ✓ Desinfección de la zona si procede
- ✓ Colocar apósito si no existe infección

Cuidados de enfermería en las úlceras por decúbito de tercer y cuarto grado

- ✓ Desprender tejido necrosado
- ✓ Limpiar con suero salino no con demasiada presión.

CUIDADOS PARA LA ELIMINACIÓN



CUIDADOS PARA LA ELIMINACIÓN VESICAL

Se trata de los siguientes síntomas urinarios; reducción de la producción de orina, vaciamiento incompleto, retención urinaria, incontinencia urinaria y hematuria.

Reducción de la producción de orina

La deshidratación es la causa más frecuente de la disminución de la producción de orina. La pérdida importante de líquidos con hipotensión provoca hipo perfusión renal con reducción incluso de la producción de orina. Una nefropatía también puede reducir la producción de orina, aunque en algunos casos iniciales puede aumentar la diuresis. La obstrucción de los uréteres también se presenta con reducción de la diuresis o anuria, sobre todo si esta obstruido ambos uréteres.

Vaciamiento miccional y retención ordinaria

Las causas de vaciamiento miccional y de retención urinaria son similares y abarca trastornos orgánicos e impedimentos físicos, disfunción vesical y obstrucción de la salida vesical.

La disfunción vesical puede ser resultado de una lesión estructural, lesión de aferencias neurales o inhibición neural por fármacos sobre todo anticolinérgicos.

Actividades de enfermería

- ✓ Se considera el volumen de orina, concentración, características del chorro.
- ✓ Presencia de sangre la orina.
- ✓ Exploración del abdomen; puede revelar una vejiga distendida, esto sugiere obstrucción uretral especialmente en varones ancianos.
- ✓ Cateterización o sondaje urinario.

Incontinencia urinaria

Se define como la pérdida involuntaria y demostrable de la orina en cantidad suficiente para constituir un problema higiénico social.

Cuidados de enfermería

- ✓ Compresas para la incontinencia.
- ✓ Sondaje urinario: la cateterización puede ser continua o intermitente.

Hematuria

“Debe excluirse la infección urinaria y debe evitarse el régimen medicamentoso para ver si el paciente está tomando anticoagulantes. Si es apropiado, se puede administrar antibiótico en caso de infección urinaria. La mayor parte de las veces la hematuria es leve y no requiere tratamiento.”

(OMS, 1996; 108-117)

CUIDADOS PARA LA ELIMINACIÓN INTESTINAL

Alteraciones del ritmo intestinal: diarrea

“La diarrea puede ser definida en los ancianos de tres maneras: aumento de la frecuencia de las evacuaciones, presencia de heces acuosas o muy blandas, urgencia al defecar”.¹⁵

Le incomoda mucho al paciente, tanto física como psicológicamente (sienten vergüenza por ello). El equipo de enfermería debe ser comprensivo con este problema, sobre todo en los pacientes de mayor edad, a quien a veces se le regaña por no avisar a tiempo.

Actividades de enfermería

- ✓ “Aplicación del tratamiento médico, que variara según la etiología de la diarrea y en el paciente terminal suele ser con Loperamida o Codeína, Dihidrocodeína, sulfato de Morfina.
- ✓ Realizar la higiene perianal lo antes posible después de cada evacuación.
- ✓ No usar productos irritantes en el aseo.
- ✓ Secar cuidadosamente la piel.
- ✓ Colocar en la cama empapadores, cambiándolos siempre que sea necesario.
- ✓ En enfermos inconscientes, revisar periódicamente el pañal o empapador.
- ✓ Aumentar ingesta de líquidos, si el estado general del paciente lo permite.

¹⁵ OPS. Atención de los ancianos, un desafío para los años noventa. Washington, DC. 20037. EUA, 1994. Pág. 208

- ✓ Prevenir maceración de la piel perianal aplicando pomadas protectoras de óxido de zinc y almidón o similares (siempre que la piel no tenga problemas de continuidad o infección micótica), no aplicar en periné y en los genitales”.(Rodríguez C 2006)

Estreñimiento

“Consiste en la reducción de la frecuencia de la defecación y/o para vaciar bien el recto. Las heces suelen ser duras, la defecación es dolorosa y requiere esfuerzo. A menudo el paciente se queja de una sensación de plenitud abdominal y puede presentar cólicos intestinales”. (OMS, 1996; 25)

“Es sin duda un síntoma de los más molestos y que más incomodidades causa en el paciente. Puede ser secundario a la administración de opiáceos, al cáncer (localización del tumor, movilidad disminuida, ingesta escasa, debilidad, deshidratación, hipercalcemia, dolor)”. (Rodríguez C 2006)

Cuidados de enfermería

- ✓ Valorar hábitos de defecación y consistencia de las heces.
- ✓ Favorecer la ingesta de líquidos si las condiciones del paciente los permiten.
- ✓ Aumentar el aporte de fibra si no hay riesgo de oclusión ó suboclusión intestinal, y según el estado general del paciente.
- ✓ Atender lo antes posible el reflejo de eliminación.
- ✓ Proporcionar intimidad al paciente encamado.

APOYO PSICOLÓGICO A PACIENTE Y FAMILIA



“Un número considerable de ancianos son víctimas de enfermedades incurables que implican un notable grado de sufrimiento de todo tipo, en las semanas que preceden a la muerte”.¹⁶

“El enfoque terapéutico paliativo supone una respuesta alternativa, plenamente válida para los enfermos terminales.

Para trabajar convenientemente con el enfermo y su familia en el proceso del final de la vida, los profesionales deben tener en cuenta la importancia que tiene una sincera, abierta y fluida comunicación basada en la confianza mutua, profesionalidad, empatía y comprensión.

El apoyo a la familia debe estar presente desde el primer momento, dándoles información de cómo manejar al enfermo y enseñándoles en técnicas concretas. Además, no debemos olvidar que la familia experimenta

¹⁶ Pilar Barreto, Ramón Bayés. Canales de psicología, 1990, 6(2). Disponible en: http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/06-06_2.pdf

incertidumbres sobre la trayectoria de la enfermedad, su posible incapacidad para cuidarle y manejar los problemas psicológicos del paciente, particularmente la ansiedad y depresión y para lo que, necesitan sentirse apoyados, comprendidos y escuchados”.¹⁷

Objetivos del apoyo a la familia

- Desarrollar la escucha
- Satisfacer sus necesidades de información
- Reducir su ansiedad y sentimientos de culpa
- Clarificar, desde el primer momento unos objetivos comunes.
- Desarrollar la participación activa en los cuidados del enfermo
- Enseñar estrategias de cuidado físico y emocional
- Mejorar su comunicación (la incomunicación con su familia puede generar soledad y aislamiento).
- Instruirlos en el manejo de emociones propias.
- Darles apoyo emocional, comprensión y simpatía.
- Ayudarles a cuidar de sí mismos y reconocer su labor.
- Facilitar la toma de decisiones.
- Mantener la esperanza / Reducir sus temores
- Acompañarles en el proceso de duelo.

¹⁷ Astudillo W. ¿Cómo ayudar a la familia en la terminalidad? Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián, 2ª Ed. 2010.
Disponible en: <http://www.psicosaludymedicina.com/?tag=paciente-terminal>

Todo lo que amplía el bienestar del enfermo trasciende para su familia. Como Equipo debemos acercarnos a la familia con sinceridad y sencillez porque nuestra actuación, en cierto sentido, penetrará su intimidad. Los familiares valorarán mejor nuestra actitud de apoyarlos si entienden y acogen nuestra ayuda como una cooperación que reconozca y apoye sus potencialidades.

MEDIDAS PARA EL CONFORT Y LA SEGURIDAD



“El objetivo fundamental de la enfermería paliativa es conseguir el máximo confort y bienestar del paciente, evitando el sufrimiento y lograr finalmente una muerte digna”.¹⁸

“El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.

¹⁸ Carretero Y. Posibilidades actuales de la enfermería paliativa. Publicada 2010. Disponible en: <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/avances-recientes-en-cuidados-paliativos/05posibilidades-actuales-de-la-enfermeria-paliativa-carretero.pdf>

Las medidas para proporcionar descanso y sueño adecuados se dirigen hacia la comodidad física, eliminación de la ansiedad y conseguir un sueño en calidad y cantidad suficiente desde la perspectiva individual”.¹⁹

Acciones de enfermería

- Comodidad física
- Eliminación de fuentes de irritación física.
- Mantenimiento de las sábanas secas y suaves.
- Utilización de ropa holgada para dormir
- Dar un masaje dorsal de tipo relajante.
- Estimular la evacuación antes de irse a dormir.
- Control de las fuentes de dolor.
- Proporcionar una temperatura adecuada.
- Control de la temperatura de la habitación.
- Ofrecimiento de mantas adicionales.
- Proporcionar un frecuente cuidado de la boca.
- Mantenimiento de la piel limpia y seca.
- Proporcionar una ventilación adecuada.
- Levantar los barandales de la cama.

¹⁹ Kozier B, Erb G, Olivieri R. Descanso y sueño. En: Kozier B, Erb G, Olivieri R. *Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica*. 4ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.p. 1004 – 1023. Potter P, Perry A. *Sueño*. En: Potter P, Perry A. *Fundamentos de Enfermería*. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.p.728- 49.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo es de tipo Descriptivo-Transversal; descriptivo porque permitió estudiar la situación de las variables identificadas en el presente estudio; y transversal puesto que las variables se estudiaron simultáneamente en el tiempo establecido entre Mayo 2010- Mayo 2011.

ÁREA DE ESTUDIO

La “*casa de Liga de caridad y cuidado al paciente terminal Santa María Josefa*”, mismo que se encuentra ubicado en el barrio Yaguarcuna de la Ciudad de Loja.

UNIVERSO Y MUESTRA

- 14 Pacientes internados y/o un familiar
- 1 Enfermera,
- 4 Auxiliares de enfermería,
- 1 Religiosa.

TÉCNICAS

1. Entrevista

- Esta técnica fue aplicada a 11 pacientes autónomos, con capacidad de responder.
- Entrevista aplicada a un familiar de 3 pacientes con discapacidad intelectual para responder.

2. Observación

- Al personal que proporciona los cuidados a los pacientes internados, entre ellos: 1 Enfermera, 4 Auxiliares de enfermería y 1 religiosa, las mismas que fueron observadas en horarios diurnos y nocturnos.

INSTRUMENTOS

1. **Guía de entrevista:** constó de preguntas cerradas, abarcando aspectos como: apoyo psicológico al paciente y familia, cuidados de higiene, piel, alimentación, alivio del dolor, cuidados para la eliminación, medidas de confort y seguridad y finalmente la calificación de la atención recibida. (ver anexo)
2. **Guía de observación:** contenía todos los aspectos mencionados anteriormente, detallando varias actividades relacionadas con el cuidado del paciente. (ver anexo)

PLAN DE ANÁLISIS Y DE RESULTADOS

La recolección de la información se obtuvo de la entrevista dirigida al paciente y/o familiar, guía de observación aplicada al personal encargado del cuidado.

Los resultados se presentan en tablas estadísticas de frecuencia y porcentaje con su respectivo análisis, basado en la revisión bibliográfica seleccionada, de los cuales se desprenden las conclusiones del estudio basados en los objetivos propuestos.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1
PACIENTES DEL CENTRO SANTA MARÍA JOSEFA
SEGÚN EDAD Y SEXO

Edad	SEXO				TOTAL	
	M		F			
	F	%	F	%	F	%
50- 70	1	7.14	2	14.29	3	21.43
71-90	7	50	-	-	7	50
Más 91	-	-	4	28.57	4	28.57
Total	8	57.14	6	42.86	14	100

Fuente: Registro de Ingresos del centro Santa María Josefa
 Elaboración: Autora

El **50%** de los pacientes atendidos en el Centro Santa María Josefa tienen entre 71 y 90 años de edad. Así mismo el sexo más afectado es el masculino con un **57.14 %**.

“Según estudio, el número de pacientes mayores de 65 años se está incrementando. Las Naciones Unidas advierten que en América Latina y el Caribe, en el 2050, el 51% de la población del mundo será de la tercera

edad. Actualmente, el INEC registra que un 8% de la población ecuatoriana es adulta mayor”.²⁰

Es así que la población de ancianos tiene la proporción más alta de personas con enfermedades crónicas y discapacidades que necesitan cuidados paliativos. Mejorar de la calidad de vida, en lugar de buscar medios para incrementar la longevidad, se convierte en prioridad.

Cuando todas las terapias posibles para curar a un paciente terminal por lo general adulto mayor han fracasado, en lo sucesivo necesitan apoyo y ayuda para vivir lo más normalmente posible, para hacer planes en las etapas posteriores de la enfermedad. Las enfermeras deben asegurar la continuidad de los cuidados hasta la hora de la muerte.

²⁰ Red Gerontológica Latinoamericana. El telégrafo Ecuador 2009.
Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=1639>

TABLA N° 2
DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES

DIAGNÓSTICO	F	%
Accidente cerebro vascular	5	35.71
Cáncer	2	14.29
Parkinson	2	14.29
Úlceras por decúbito	2	14.29
Otras	3	21.42
Total	14	100

Fuente: Registro de ingreso

Elaboración: Autora

Se determinó que existe un alto número de diagnósticos relacionados con patologías Neurológicas Degenerativas como Accidente Cerebro Vascular que corresponde al **35.71%**. Otras como Cáncer, Parkinson y Úlceras por decúbito que alcanzan el **14.29%**. Siendo notorio que no sólo enfermedades como el cáncer requieren cuidados paliativos, sino todas las patologías que en algún momento provocan deterioro total del estado físico-mental de la persona.

Las/los profesionales de enfermería tienen que estar preparados para asistir, entender, acompañar y ayudar a cualquier ser humano en los difíciles momentos en los que se convierte en un paciente terminal y todo el proceso que sigue hasta la muerte.

El sufrimiento que este proceso conlleva, no es un síntoma ni un diagnóstico, sino una experiencia humana tremendamente compleja, que siempre necesita de los profesionales de enfermería, no sólo para el control de los síntomas (administrar tratamiento médico), sino también para poder verbalizar las múltiples preocupaciones o miedos que tiene.

Es imprescindible abordar las necesidades del paciente desde un punto de vista no sólo integral sino considerando al paciente único, es decir individualizando el tratamiento para obtener mayor bienestar y confort, todo esto requiere humanización, empatía y dedicación. Los cuidados de enfermería deben ser realizados a través de una atención donde estén perfectamente intrincadas la labor hospitalaria como la labor domiciliaria.

**RESULTADOS
DE LA
ENTREVISTA
A PACIENTES
Y/O
FAMILIARES**

TABLA N° 3

**CIUDADOS QUE RECIBEN LOS PACIENTES POR PARTE DEL PESONAL
DE ENFERMERIA**

Pregunta	Si	
	F	%
Apoyo Psicológico a paciente y familia	14	100
Cuidados de la higiene	14	100
Cuidados de la piel	14	100
Cuidados de la alimentación	14	100
Cuidados del alivio del dolor	14	100
Cuidados para la eliminación	14	100
Medidas para el confort y la seguridad.	14	100

Fuente: Guía de entrevista

Elaboración: Autora

CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

TABLA N° 4

Calificación	F	%
Excelente	14	100
Total	14	100

Fuente: Guía de entrevista

Elaboración: Autora

Según la información obtenida de la guía de entrevista al paciente y/o familia, todos los cuidados son aplicados a cada uno de los pacientes. Lo que determina una excelente calificación para el personal encargado.

Como profesionales no solo hemos de saber reconocer, sino también manejar toda problemática que será diferente en cada caso por circunstancias que se derivan de todos los elementos enumerados en la presente tabla.

Cabe destacar que aunque existe sólo una enfermera profesional, la atención que brinda el centro Santa María Josefa es muy buena. Según la fórmula de cálculo para determinar el número de enfermera por paciente, lo ideal sería 2 enfermeras profesionales por turno. Sin embargo los recursos humanos profesionales son insuficientes.

**RESULTADOS DE
LA OBSERVACIÓN
DE LOS CUIDADOS
PROPORCIONADOS
POR EL PERSONAL
DE ENFERMERIA
A LOS PACIENTES
INTERNOS**

TABLA N° 5
CUIDADOS QUE PROPORCIONA EL PERSONAL A LOS PACIENTES
TERMINALES

CUIDADOS	Enfermera		Aux. enfermería		Religiosa	
	F	%	F	%	F	%
Higiene ✓ Aseo Bucal ✓ Baño diario ✓ Acicalamiento (vestirse, peinado, rasurado)	1	100	4	100	1	100
Cuidados de la Piel ✓ Aplica cremas corporales haciendo énfasis en las áreas de apoyo. ✓ Da masajes en las zonas de riesgo. ✓ Detecta tempranamente la aparición de úlcera por presión	1	100	4	100	1	100
Cuidados de la alimentación ✓ Fracciona la dieta en 6-7 tomas ✓ Administrar líquidos para evitar deshidratación y estreñimiento. ✓ Estimula la alimentación mediante conversaciones.	1	100	4	100	1	100
Administración de fármacos ✓ Administra el medicamento indicado ✓ Observar reacciones adversas de las drogas administradas	1	100	-	-	-	-
Cuidados para la eliminación ✓ Cuidados de la sonda vesical ✓ Observar características de la orina ✓ Cambia el pañal ✓ Proporciona cuidados con la eliminación intestinal	1	100	4	100	1	100
Proporciona medidas de confort y seguridad ✓ Favorece ambiente adecuado ✓ Establece prioridades en el tratamiento del paciente. ✓ Protege al paciente de lesiones y caídas (barandas, fijaciones, eliminación de obstáculos). ✓ Brinda comodidad durante el reposo y sueño	1	100	4	100	1	100

Fuente: Observación al personal.

Elaboración: Autora.

En esta tabla se puede apreciar que las actividades descritas en la guía de observación son puestas en práctica por todo el personal que atiende a los pacientes en el centro Santa María Josefa, incluso 11 pacientes con capacidad de responder lo confirmaron.

La asistencia a pacientes con enfermedad terminal se inicia al identificar el origen y grado de malestar que presentan, se detectan problemas y necesidades reales y potenciales, Psico-emocionales, sociales y espirituales. Además la enfermera debe explorar las estrategias de afrontamiento y recursos propios en el paciente y su familia.

La calidad de vida de los pacientes antes de su muerte, puede ser mejorada, mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los cuidados paliativos, cuyos instrumentos básicos son: cuidados de higiene, piel, alimentación, dolor, eliminación, confort y seguridad puesto que todos tenemos derecho a morir con dignidad.

La higiene es el autocuidado por lo que las personas realizan acciones tales como el baño, acicalamiento, etc; es una cuestión personal que está determinada por los valores y prácticas individuales, sin embargo en situación terminal, el enfermo necesitará cierto grado de ayuda, el cual es brindado por el personal del centro Santa María Josefa.

El mantenimiento de la integridad cutánea es una importante actividad de la enfermera. Los profesionales de enfermería del área de estudio realizan

acciones planificadas y constantes y medidas de cuidado de la piel para prevenir las abrasiones y las subsiguientes lesiones tisulares.

La alimentación es un símbolo de salud y actividad. En la situación de enfermedad terminal es frecuente que enfermos y/o familiares refieran problemas relacionados con ésta.

La elevada frecuencia de anorexia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, sensación de repleción precoz, constipación, trastorno del gusto, hace que con frecuencia se tenga que adaptar la dieta, la función de enfermería es contribuir a mejorar la nutrición del enfermo.

La enfermera desempeña un papel fundamental en el cuidado y tratamiento del paciente con dolor. El hecho de tener un contacto más continuo e intenso con el enfermo, implica que con frecuencia establece relaciones de mayor cercanía y cordialidad, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz. Cabe recalcar que en el tratamiento del dolor, en el centro Santa María Josefa la enfermera es la única persona encargada en administrar la medicación prescrita, puesto que su preparación le permite realizar esa función. Esto corresponde además a saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar del paciente; mientras algunos se podrán controlar como el dolor, disnea, etc, en otros será preciso promocionar la adaptación del enfermo a los mismos.

En el cuidado con la eliminación, la función fundamental de la enfermera, consiste en manejar adecuadamente la eliminación urinaria e intestinal para brindar confort al paciente y la familia.

Finalmente debemos tener en cuenta que el objetivo fundamental de la enfermería paliativa es conseguir el máximo confort y bienestar del paciente, evitando el sufrimiento y lograr finalmente una muerte digna, sin olvidarnos de la familia como elemento fundamental en la atención del enfermo terminal.

DISCUSIÓN

Cuidar para enfermería en Cuidados Paliativos va más allá de proporcionar asistencia directa a necesidades exclusivamente físicas. Se trata más bien de planificar los cuidados desde la continuidad, flexibilidad, accesibilidad. Es saber estar y acompañar en la vida diaria del enfermo y familia, enseñar a la familia a cuidar, dar soporte desde la escucha, **ser sensible** y estar pendiente de los detalles que den confort y sentido a su tiempo.

Los resultados de esta investigación, han permitido determinar que no solo patologías como en cáncer necesitan cuidados paliativos, puesto que el 35.71% de los pacientes del centro Santa María Josefa presentan patologías Neurodegenerativas.

“Según estudios realizados en Chile en el 2011 los problemas Neurológicos constituyen la segunda causa de muerte y discapacidad en las edades entre 70 a 75 años para ambos sexos. Desde hace algunos años se va observando cómo pacientes con enfermedades avanzadas no oncológicas son admitidos en Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)”.²¹

“Según una evaluación cualitativa de los modelos organizativos en cuidados paliativos desarrollada en Gran Canaria-Cuba, se concluyó que los servicios de cuidados paliativos son de calidad según la perspectiva del paciente y la familia. De igual manera los profesionales se preocupan de la necesidad de

²¹ Rojo Flores E. Enfermedades Neurológicas en el adulto mayor
Disponible en:<http://es.scribd.com/doc/6573108/Enfermedades-Neurologicas-Del-Adulto-Mayor>

controlar los síntomas físicos de forma prioritaria y plantean la complejidad que conlleva”.²²

La presente investigación demuestra que en el área de estudio todos los pacientes reciben cuidados paliativos de calidad.

“El V Congreso de la Sociedad Catalana-Balear de Cuidados Paliativos celebrado en el 2011, dio la oportunidad, a un grupo de profesionales de enfermería de dedicar por primera vez un espacio y un tiempo específico a la reflexión, discusión y aprendizaje desde la disciplina enfermera en el contexto de los Cuidados Paliativos. En ella se concluyó que el 100% de las profesionales están de acuerdo que la contribución hacia el cuidado del paciente terminal es aplicando el método científico, es decir, desde el proceso de atención de enfermería: valoración, identificación de problemas, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación de los resultados”.²³

²² Mahtani V, Abt A, García A, Real Perera. Evaluación cualitativa de los modelos organizativos en cuidados paliativos. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=7219a950-2894-11e0-9151-6b8fe63b66f3&idCarpeta=9febbdd-e73a-11df-bebe-cb4e35e0558b>

²³ Y. Frías. Actitudes de los profesionales de enfermería ante el paciente terminal. Ciencia y enfermería. España 2011. Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>

CONCLUSIONES

- ✓ El número del personal profesional de enfermería que trabaja en el centro Santa María Josefa es insuficiente para atender a los pacientes asilados.

- ✓ El personal de enfermería ha obtenido una evaluación muy satisfactoria referida al cuidado que brinda al enfermo terminal en el centro Santa María Josefa.

- ✓ Los cuidados de enfermería que se brinda a los pacientes, abarcan todos los aspectos que incluyen los cuidados paliativos.

RECOMENDACIONES

- ✓ A los directivos del centro María Josefa se recomienda incrementar el número de enfermeras profesionales.

- ✓ A los directivos del área de estudio que solicite apoyo de médicos y enfermeras voluntarias para que con mayor número de recursos humanos se continúe brindando atención a los pacientes asilados.

BIBLIOGRAFIA

1. **Sosa González M. Medicina Paliativa, cuidados a enfermos terminales.** Revista publicada 2010. Colombia.
2. **OMS. Nueva guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con cáncer avanzado.** Publicado octubre 2007. Ginebra.
Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es/index.html>.
Consultado 2 junio 2010.
3. **INEC 2006.**
4. **Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Revista Medicina Paliativa.** Vol. 11, Año De Publicación 2005.
5. **Rodríguez C. Cuidados Paliativos para enfermería.** Revista publicada 29/03/2006. Disponible en:
http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf. Consultado 7 junio 2010.
6. **Organización mundial de Salud (OMS)** – Asociación Internacional para el estudio del dolor. Alivio del dolor tratamiento paliativo en el cáncer infantil. Ginebra 1999. Pág. 8
7. **Rodríguez C. Cuidados Paliativos para enfermería.** Revista publicada 29/03/2006. Disponible en:
http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf. Consultado 7 junio 2010.

8. **Junín M. Primer simposio virtual de dolor, medicina paliativa y avances en Farmacología del dolor.**
Publicado 2006. Disponible en: <http://www.simposio dolor.com.ar/contenidos/archivos/sdc017c.pdf>
9. **Rodríguez C. Cuidados Paliativos para enfermería.** Revista publicada 29/03/2006. Disponible en:
http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal _julio04.pdf. Consultado 7 junio 2010.
10. **Long, Phipps, Cassmeyer. Enfermería Médico Quirúrgico.** Tercera edición. Vol. II. Pág. 170- 478
11. **Organización mundial de Salud (OMS)** – Asociación Internacional para el estudio del dolor. Ginebra 1999. Pág. 27-32
12. **Fonseca L. Manejo del dolor. Colombia 2010.**
13. **Kozzier, Gerb, JM. Wilkimson. Fundamentos de enfermería.** Quinta edición actualizada. Vol. España 1999. Pág.774
14. **Sancho Gómez M. El problema de los enfermos terminales.** Guía publicada 2009. Disponible en:
<http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=nueve>
15. **OPS. Atención de los ancianos, un desafío para los años noventa.**
Washington, DC. 20037. EUA, 1994. Pág. 208.
16. **Pilar Barreto, Ramón Bayés. Canales de psicología,** 1990, 6(2).
Disponible en: http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/06-06_2.pdf.

17. Astudillo W. ¿Cómo ayudar a la familia en la terminalidad?

Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián, 2ª Ed.

2010. Disponible en:

<http://www.psicosaludymedicina.com/?tag=paciente-terminal>

18. Carretero Y. Posibilidades actuales de la enfermería paliativa.

Publicada 2010. Disponible en:

http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/avances-recientes-en-cuidados-paliativos/05_posibilidades-actuales-de-la-enfermeria-paliativa-carretero.pdf

19. Kozier B, Erb G, Olivieri R. Descanso y sueño. En: Kozier B, Erb

G, Olivieri R. Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y

práctica.4º ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.p. 1004 –

1023. Potter P, Perry A. *Sueño.*En: Potter P, Perry A. *Fundamentos de*

*Enfermería.*3º ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.p.728- 49.

20. Red Gerontológica Latinoamericana. El telégrafo Ecuador 2009.

Disponible en:

<http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=1639>

21. Rojo Flores E. Enfermedades Neurológicas en el adulto mayor.

Disponible en:[http://es.scribd.com/doc/6573108/Enfermedades-](http://es.scribd.com/doc/6573108/Enfermedades-Neurologicas-Del-Adulto-Mayor)

[Neurologicas-Del-Adulto-Mayor](http://es.scribd.com/doc/6573108/Enfermedades-Neurologicas-Del-Adulto-Mayor)

22. Mahtani V, Abt A, García A, Real Perera. Evaluación cualitativa de

los modelos organizativos en cuidados paliativos. Disponible en:

[http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=7219a950-2894-11e0-9151-](http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=7219a950-2894-11e0-9151-6b8fe63b66f3&idCarpeta=9febbbdd-e73a-11df-bebe-cb4e35e0558b)

[6b8fe63b66f3&idCarpeta=9febbbdd-e73a-11df-bebe-cb4e35e0558b](http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=7219a950-2894-11e0-9151-6b8fe63b66f3&idCarpeta=9febbbdd-e73a-11df-bebe-cb4e35e0558b)

23. Y. Frías. Actitudes de los profesionales de enfermería ante el

paciente terminal. Ciencia y enfermería. España 2011.

Disponible en:

<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.ht>

ANEXOS

GUÍA DE ENTREVISTA A PACIENTES Y/O FAMILIARES

1. Le brinda apoyo Psicológico
Sí () No ()
2. Cumple con cuidados de la higiene
Sí () No ()
3. Realiza los cuidados de la piel
Sí () No ()
4. Cumple con los cuidados de la alimentación
Sí () No ()
5. Cumple con los cuidados del alivio del dolor
Sí () No ()
6. Cumple con los cuidados para la eliminación
Sí () No ()
7. Garantiza las medidas para el confort y la seguridad.
Sí () No ()
8. Califique la atención recibida
Regular ()
Buena ()
Muy buena ()
Excelente ()

CUIDADOS QUE PROPORCIONA EL PERSONAL A LOS PACIENTES TERMINALES

ACTIVIDADES	SI	NO	FUNCION
Realiza cuidados de la higiene ✓ Aseo Bucal ✓ Baño diario ✓ Acicalamiento (vestirse, peinado, rasurado)			
Cuidados con la Piel ✓ Le aplica cremas corporales haciendo énfasis en las áreas de apoyo. ✓ Dar masajes en las zonas de riesgo. ✓ Detectar tempranamente la aparición de lesiones de úlcera por presión			
Cumple con los cuidados de la alimentación ✓ Fracciona la dieta en 6-7 tomas ✓ Administrar líquidos para evitar deshidratación y estreñimiento. ✓ Estimula la alimentación mediante conversaciones.			
Cumple con la administración de fármacos ✓ Apoyar psicológicamente al paciente y familiares en todo momento. ✓ Administrar el medicamento indicado ✓ Observar reacciones adversas de las drogas administradas y control estricto de estas.			
Cumple con los cuidados para la eliminación ✓ Cuidados de la sonda vesical ✓ Observar características de la orina ✓ Cambio de pañal ✓ Proporcionar cuidados con la eliminación intestinal			
Garantiza las medidas de confort y seguridad ✓ Favorecer ambiente adecuados ✓ Establecer prioridades en el tratamiento del paciente. ✓ Proteger al paciente de lesiones y caídas (barandas, fijaciones, eliminación de obstáculos). ✓ Brinda comodidad de reposo y sueño.			



“Centro de Liga de caridad y cuidado al paciente terminal Santa María Josefa”, Loja.”



Pacientes internados en la primera planta del “Santa María Josefa”



Enfermera administrando medicación al paciente.



Otros pacientes internados en el centro Santa María Josefa.



Pacientes internos en la segunda planta del centro Santa María Josefa.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA



**GUIA DE ATENCIÓN DE
ENFERMERIA A PACIENTES CON
ENFERMEDADES TERMINALES**

PREFACIO

Los Cuidados Paliativos incorporan una concepción multiprofesional e interdisciplinaria en el cuidado de las personas con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y en etapa terminal. A partir del trabajo de los diferentes profesionales de la salud actuando en equipo, se podrá brindar los cuidados atendiendo a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona muriente y su familia.

Enfermería ocupa, dentro del equipo de salud, un lugar de privilegio, ya que es quien permanece la mayor cantidad de tiempo junto al paciente, esto le permite ejercer plenamente el rol de “cuidador”.

La tarea de cuidar tiene dos objetivos claramente definidos: ayudar a las personas a afrontar los problemas que les impiden satisfacer sus necesidades básicas con el fin de que puedan llevar una vida plena, y ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad; ambos objetivos identifican claramente la función básica de enfermería.

La enfermería en Cuidados Paliativos desarrolla sus actividades en el contexto enmarcado por el cuidado de los pacientes y familias en los cuales la enfermedad progresa inexorablemente hacia la muerte.

El proceso de enfermería sigue siendo el enfoque empleado en este manual denominado: “***Guía de Atención de Enfermería para el cuidado de los pacientes con enfermedades terminales***”, donde se discute cuidados de

enfermería específicos para pacientes con periodo de vida limitado. Sus objetivos principales apoyar la atención del enfermo y mejorar su calidad de vida

OBJETIVOS

- Brindar apoyo en la atención relacionado con cuidados paliativos a los pacientes del centro Santa María Josefa de la Ciudad de Loja.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo terminal en el centro Santa María Josefa de la Ciudad de Loja.

CUIDADOS PALIATIVOS



En el contexto, el verbo paliar significa mitigar, aliviar, reducir la gravedad de dolor o de la enfermedad o proporcionar alivio pasajero.

Cuando en 1987 se reconoció a la medicina paliativa como especialidad médica, se definió como el “estudio o tratamiento de pacientes aquejados de enfermedad activa, progresiva y muy avanzada, para quienes el pronóstico de vida es limitado”.²⁴

1.3 Objetivos de los cuidados paliativos

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar, ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.

²⁴ Organización mundial de Salud (OMS) – Asociación Internacional para el estudio del dolor. Alivio del dolor tratamiento paliativo en el cáncer infantil. Ginebra 1999. Pág. 8

- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

1.4 Patologías que requieren cuidados paliativos

3. Patologías no neoplásicas, como las crónicas, progresivas e infecciosas:

- V.I.H. en fase final.
- Insuficiencia Respiratoria Crónica.
- Insuficiencia Cardíaca en fase terminal.
- Cirrosis Hepática.
- Insuficiencia Renal Crónica.

4. Patologías Neurológicas Degenerativas:

- La Esclerosis Lateral Amiotrófica.
- Esclerosis en Placas.
- Demencias.

“Este conjunto de enfermos presenta sintomatología física avanzada, alteraciones psicológicas y sociales, precisan apoyo espiritual. Sus familias precisan apoyo social, psicológico y espiritual en numerosas ocasiones.

Los profesionales de enfermería tienen que estar preparados para asistir, entender, acompañar y ayudar a cualquier ser humano en los difíciles

momentos en los que se convierte en un paciente terminal y todo el proceso que sigue hasta la muerte”. (Rodríguez C 2006)

“El sufrimiento que este proceso conlleva, no es un síntoma ni un diagnóstico, sino una experiencia humana tremendamente compleja, que siempre necesita de los profesionales de enfermería, no sólo para el control de los síntomas (administrando tratamiento médico), sino también para poder verbalizar las múltiples preocupaciones o miedos que tiene.

Es imprescindible el abordar las necesidades del paciente desde un punto de vista no solo integral sino considerando al paciente único, es decir individualizando el tratamiento para obtener el mayor bienestar y confort, todo esto requiere humanización, empatía, y dedicación.

Los cuidados de enfermería deben ser realizados a través de una atención donde estén perfectamente intrincadas la labor hospitalaria como la labor domiciliaria, para que el paciente pueda disfrutar en su entorno fuera del encorsetamiento administrativo y deshumanización hospitalaria”. (Rodríguez C 2006)

ROL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS



Valoración inicial

“La asistencia de los pacientes con enfermedad terminal se inicia al identificar el origen y grado de malestar que presentan, se detectan problemas y necesidades reales y potenciales, en las áreas: física, Psico-emocional, social, espiritual. Se deben explorar las estrategias de afrontamiento y recursos propios en el paciente y su familia. Se preguntará al paciente que es lo que más le preocupa en ese momento y se utilizará la respuesta para planificar y establecer prioridades en la atención, según necesidades”. (Junín M)

Diagnóstico de Enfermería

Consiste en detectar el grado de alteración del bienestar, en relación con el impacto del proceso de la enfermedad terminal. Se elabora un diagnóstico de la situación real del paciente y se definen objetivos.

Un objetivo general consiste en aliviar el sufrimiento ayudando al paciente a lograr una mejor calidad de vida, en función de sus actitudes, forma de vida y deseos.

Planificación de los cuidados

Se determinan las acciones a implementar respondiendo a los objetivos planteados. Implica la participación de todo el recurso humano, incluida la familia, cuidadores principales en el domicilio.

Ejecución

“Se proveen los cuidados que ayuden a satisfacer las necesidades del paciente y familia, y así lograr los objetivos propuestos a través de un plan de acción individualizado. Se debe garantizar continuidad en la atención independientemente del lugar en que permanezca el paciente, ya sea el hospital o el domicilio”.

(Junín M)

Evaluación final

“La unidad de tratamiento es el paciente y la familia por lo cual el proceso evaluativo incluye a ambos y en una visión global. Las respuestas satisfactorias hacia las intervenciones del equipo se ponen de manifiesto a través de un proceso de muerte digno, y en el lugar y la forma que el paciente haya elegido.

Es necesario realizar reevaluaciones continuas, ya que se trata de un paciente plurisintomático multicambiante”²⁵

²⁵ Junín M. Primer simposio virtual de dolor, medicina paliativa y avances en Farmacología del dolor. Publicado 2006. Disponible en:
<http://www.simposiodolor.com.ar/contenidos/archivos/sdc017c.pdf>

2.6 ASPECTOS TOMADOS EN CUENTA PARA CUIDADOS PALIATIVOS

CUIDADOS DE ALIVIO DEL DOLOR



“La enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y tratamiento del paciente con dolor. El hecho de tener un contacto más continuo e intenso con el enfermo implica que con frecuencia establece relaciones de mayor cercanía y cordialidad, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz”.²⁶

“El dolor es una sensación desagradable, enteramente subjetiva. Los receptores específicos del dolor proyectan los impulsos por las vías neurales hacia el cerebro”.²⁷

Actividades de enfermería

- ✓ Valorar el dolor del paciente: si se identifican las características del dolor, se podrán determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo, es necesario hacer una valoración extensa del dolor tanto en cantidad como

²⁶ Rodríguez C. Cuidados Paliativos para enfermería. Revista publicada 29/03/2006. Disponible en: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf. Consultado 7 junio 2010.

²⁷ Long, Phipps, Cassmeyer. Enfermería Médico Quirúrgico. Tercera edición. Vol. II. Pág. 170-478

en cualidad como en la relación existente con factores psicológicos y sociales, e incluso medioambientales.

- ✓ No juzgar el dolor que el paciente dice tener: McCaffrey define el dolor como “lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”, siempre creer al enfermo.
- ✓ Administrar el analgésico prescrito por él médico, que se hará a horas fijas.
- ✓ Verificar que el paciente tome la medicación correctamente, por ejemplo, los comprimidos de sulfato de morfina
- ✓ Utilización de la vía adecuada para el fármaco, en cuidados paliativos la vía de elección es la vía oral, seguida de la vía subcutánea y solamente utilizar en casos excepcionales la vía intravenosa; no se utilizará por tanto vías dolorosas como puede ser la intramuscular o invasivas como la vía espinal.
- ✓ Hacer que el enfermo adopte las posiciones más adecuadas para evitar el dolor.
- ✓ Ayudar a colocar al paciente cómodamente, sin tensiones musculares.
- ✓ Intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso: ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono social, introversión, etc. Pero tener en cuenta que aunque estos síntomas estén controlados no significa que no aparezca el dolor.
- ✓ Valorar el dolor a través de escalas cualitativas o cuantitativas

Escala del dolor	
Ausencia	0
Dolor leve	1
Incomodidad	2
Perturbador	3
Dolor terrible	4
Dolor atroz	5

Tomado: Long. Enfermería Médico Quirúrgico. Vol. II.

- ✓ Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas. (Rodríguez C 2006)

PAUTAS DE LA FARMACOTERAPIA ANALGÉSICA

“Todos los enfoques no farmacológicos se aplican a todos los dolores de cualquier origen, físico o psíquico y deberían ser parte integral de toda intervención orientada a controlar en dolor. No obstante el planeamiento óptimo de manejo dl dolor, en pacientes terminales incluye farmacoterapia casi siempre con los medicamentos analgésicos como piedra angular del tratamiento.”(OMS Asociación Internacional para el estudio del dolor 1999; 27,32)

El uso correcto de los analgésicos, capaz de aliviar el dolor se presenta en 4 conceptos:

5. Por peldaños
6. Por reloj

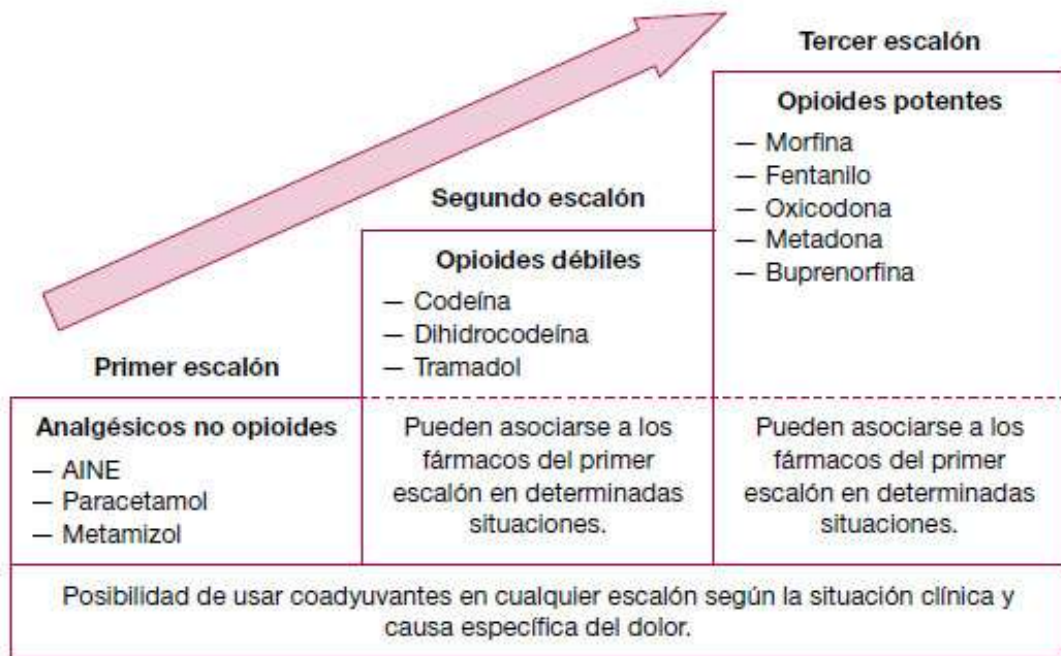
7. Por la vía adecuada
8. Para cada paciente

POR PELDAÑOS

ESCALERA ANALGÉSICA PARA EL CONTROL DEL DOLOR SEGÚN LA

OMS

“La guía de la OMS para el tratamiento del dolor, recomienda una pauta escalonada de tratamiento, según la intensidad”.²⁸



Fonseca L. Manejo del dolor. Colombia 2010.

POR RELOJ

²⁸ Fonseca L. Manejo del dolor. Colombia 2010.

“Se debe administrar a las horas fijas, es decir por el reloj y no prore nata – según sea necesario- a menos que los episodios del dolor sean verdaderamente intermitente e imprevisible. El intervalo entre dosis se debe determinar en función de la intensidad del dolor y de la duración del efecto de cada medicamento”. (OMS Asociación Internacional para el estudio del dolor 1999; 27,32)

POR LA VÍA ADECUADA

“Los medicamentos deben ser administrados por la vía más sencilla, más efectiva y menos dolorosa. Los analgésicos se suelen dar por vía oral. También puede estar indicada vía intravenosa, subcutánea y transdérmica. En general la inyección intramuscular solo se emplea en caso de absoluta necesidad; es dolorosa” (OMS Asociación Internacional para el estudio del dolor 1999; 27,32)

PARA CADA PACIENTE

“Toda medicación se debe dosificar según las circunstancias del paciente, no hay una dosis única que sea propia para cada paciente. Lo deseable es que el paciente no tenga dolor antes del momento en que haya que administrar la dosis siguiente”. (OMS Asociación Internacional para el estudio del dolor 1999; 27,32)

CUIDADOS DE LA HIGIENE



“La higiene es la ciencia de la salud y su mantenimiento. La higiene implica el cuidado de la piel, cabello, uñas, dientes, cavidad oral y nasal, ojos, oídos y zonas perianal y genital”.²⁹

Los pacientes pueden necesitar ayuda para llevar a cabo muchas de las actividades higiénicas.

Baño: el baño elimina la grasa acumulada, las células muertas y algunas bacterias. El baño también produce una sensación de bienestar, es refrescante y relajante y con frecuencia levanta el ánimo y mejora el aspecto y el amor propio. En general a los pacientes se les proporciona dos tipos de baño:

Baño completo en cama: la enfermera lava en la cama el cuerpo completo del paciente dependiente.

Baño de ducha: los pacientes pueden caminar, utilizan la ducha y necesitan una ayuda mínima del profesional de enfermería”. (Kozzier 1999; 782)

Actividades de enfermería

²⁹ Kozzier, Gerb, JM. Wilkimson. Fundamentos de enfermería. Quinta edición actualizada. España 1999. Pág.774

- Preparar al paciente y el entorno
- Cierre ventanas y puertas para asegurarse que no entren corrientes de aire.
- Proporcione intimidad

Para el baño en cama

- Coloque la cama en posición adecuada y retire la ropa de cama y sustitúyalas por una sábana de baño.
- Quite la pijama
- Hacer una manopla de baño con una toalla pequeña
- Lave la cara (ojos, oídos, cuello)
- Lave los brazos y las manos desde la zona distal hacia la proximal (énfasis en las axilas).
- Lavar el tórax y abdomen, prestando atención en los pliegues debajo de las mamas y el ombligo.
- Lavar las piernas y los pies: emplee pasadas largas, uniformes y firmes, desde la zona distal a la proximal, estimula el flujo venoso.
- Lave los pies sumergiéndolos en la palangana con agua.
- Lavar la espalda y luego el perineo.
- Ayude al paciente con los complementos de aseo, polvo, loción, desodorante.

Para el baño de ducha

- Coloque una alfombrilla en la entrada de la bañera, para evitar resbalones.
- No dejar solo al paciente.
- Ayudar al paciente con el lavado y salida de la bañera.
- Secar al paciente y ayudarlo a proseguir su aseo.

“Cuidados de la boca: una buena higiene bucal incluye la estimulación diaria de las encías, el cepillado, enjuague de la boca. Al igual que los dientes naturales, las dentaduras postizas acumulan microorganismos y restos de alimentos. Estos tienen que ser limpiados con regularidad, al menos una vez al día”. (Kozzier 1999; 800-809)

Actividades de enfermería

- “Valorar el estado de la boca diariamente.
- Lavar los dientes o por lo menos dos veces al día con un cepillo de cerdas suaves, para evitar lesiones.
- Retirar la dentadura postiza en la noche, colocarla en un recipiente con agua.
- Enjuagar la boca con agua de manzanilla.
- Para aumentar la salivación y la humedad de la mucosa oral: dar fruta fresca”. (Rodríguez C 2006)

CUIDADOS DE LA ALIMENTACIÓN



“La alimentación es un símbolo de salud y actividad. En la situación de enfermedad terminal es frecuente que enfermos y/o familiares refieran problemas relacionados con ésta”.³⁰

“La elevada frecuencia de anorexia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, sensación de repleción precoz, constipación, trastorno del gusto, odinofagia, problemas obstructivos del tracto digestivo alto (disfagia) o bajo (suboclusiones) o infecciones orofaríngeas hace que con frecuencia tengamos que adaptar la dieta”. (Sancho Gómez 2009)

Actividades de enfermería

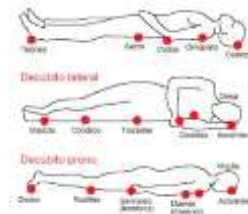
- Deben comentarse, siempre delicadamente, con el enfermo y sus familiares los aspectos específicos referidos a la alimentación; la educación de la familia y la adecuación a los gustos individuales previos del enfermo son fundamentales.
- Como normas generales, y teniendo en cuenta la anorexia, la debilidad y la sensación de repleción gástrica precoz, es recomendable fraccionar la

³⁰ Sancho Gómez M. El problema de los enfermos terminales. Guía publicada 2009. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=nueve>

dieta en 6-7 tomas y flexibilizar mucho los horarios según el deseo del enfermo.

- Las dietas semiblandas o blandas suelen ser mejor toleradas.
- La cantidad de cada ingesta debe adaptarse al enfermo, sin presiones para una ingesta mayor, que inducen más sensación de fracaso.
- En cuanto a la composición, creemos que no debemos insistir en nutriciones hipercalóricas o hiperproteicas, que no tienen mucho sentido en esta situación, ni tampoco en las dietas específicas ricas en fibras para la prevención y tratamiento del estreñimiento (porque deben tomarse en cantidades importantes que los enfermos no toleran, y porque disponemos de tratamientos específicos más eficaces).
- La presentación de la dieta y la adecuación del tamaño del plato a la cantidad de comida son aspectos importantes y frecuentemente olvidados para mejorar la tolerancia.
- En la situación de enfermedad terminal, el uso de sonda nasogástrica u otras formas intervencionistas debe quedar restringido a la presencia de problemas obstructivos altos (orofaringe, esófago) que originan disfagia u odinofagia.
- El uso de suplementos nutricionales sigue siendo muy controvertido pueden disminuir el apetito de las comidas regulares y si se usan durante mucho tiempo, terminan por aburrir al enfermo.

CUIDADOS DE LA PIEL



“La piel es el órgano más extenso del cuerpo, cumple con funciones importantes.

La valoración de la piel del paciente incluyen: prácticas de cuidado de la piel, capacidades del autocuidado y problemas cutáneos pasados y presentes, valoración física de la piel y la identificación de pacientes con alto riesgo de presentar problemas cutáneos”. (Kozzier 1999; 509-512)

“Las acciones a emprender, en los enfermos en fase terminal, vendrán determinadas por el estado general del paciente, su calidad de vida y pronóstico, siempre teniendo en cuenta la filosofía que imparten los cuidados paliativos, por lo que si nuestra meta no puede ser la de curar una ulcera de decúbito o un tumor ulcerado que tiene un paciente, entonces será la de cuidar a una persona que tiene una ulcera o tumor ulcerado, ahorrándole todas las molestias posibles y proporcionándole el máximo de confort”. (Rodríguez C 2006)

Las úlceras de presión es cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca lesión del tejido subyacente. Afecta severamente

la calidad de vida del enfermo, ocasionando dolor y malestar que, en determinados momentos, hacen necesaria una analgesia adecuada.

Cuidados de enfermería en las úlceras de primer grado (afectación de la epidermis)

- ✓ Eliminar presiones en zonas de riesgo
- ✓ Lavar con agua y jabón sin frotar.
- ✓ Hidratar con masaje

Cuidados de enfermería en las úlceras de segundo grado (afectación de epidermis, dermis y tejido subcutáneo)

- ✓ Limpiar con suero salino
- ✓ Desinfección de la zona si procede
- ✓ Colocar apósito si no existe infección

Cuidados de enfermería en las úlceras por decúbito de tercer y cuarto grado

- ✓ Desprender tejido necrosado
- ✓ Limpiar con suero salino no con demasiada presión.

CUIDADOS PARA LA ELIMINACIÓN



CUIDADOS PARA LA ELIMINACIÓN VESICAL

Se trata de los siguientes síntomas urinarios; reducción de la producción de orina, vaciamiento incompleto, retención urinaria, incontinencia urinaria y hematuria”. (OMS, 1996; 108-117)

Reducción de la producción de orina

“La deshidratación es la causa más frecuente de la disminución de la producción de orina. La pérdida importante de líquidos con hipotensión provoca hipo perfusión renal con reducción incluso de la producción de orina” (OMS, 1996; 108-117)

Una nefropatía también puede reducir la producción de orina, aunque en algunos casos iniciales puede aumentar la diuresis. La obstrucción de los uréteres también se presenta con reducción de la diuresis o anuria, sobre todo si esta obstruido ambos uréteres”. (OMS, 1996; 108-117)

Vaciamiento miccional y retención ordinaria

Las causas de vaciamiento miccional y de retención urinaria son similares y abarca trastornos orgánicos e impedimentos físicos, disfunción vesical y obstrucción de la salida vesical. (OMS, 1996; 108-117)

La disfunción vesical puede ser resultado de una lesión estructural, lesión de aferencias neurales o inhibición neural por fármacos sobre todo anticolinérgicos.

Actividades de enfermería

- ✓ Se considera el volumen de orina, concentración, características del chorro.
- ✓ Presencia de sangre la orina.
- ✓ Exploración del abdomen; puede revelar una vejiga distendida, esto sugiere obstrucción uretral especialmente en varones ancianos.
- ✓ Cateterización o sondaje urinario.

Incontinencia urinaria

Se define como la pérdida involuntaria y demostrable de la orina en cantidad suficiente para constituir un problema higiénico social.

Cuidados de enfermería

- ✓ Compresas para la incontinencia.
- ✓ Sondaje urinario: la cateterización puede ser continua o intermitente.
(OMS, 1996; 108-117)

Hematuria

“Debe excluirse la infección urinaria y debe evitarse el régimen medicamentoso para ver si el paciente está tomando anticoagulantes. Si es apropiado, se puede administrar antibiótico en caso de infección urinaria. La

mayor parte de las veces la hematuria es leve y no requiere tratamiento.”
(OMS, 1996; 108-117)

CUIDADOS PARA LA ELIMINACIÓN INTESTINAL

Alteraciones del ritmo intestinal: diarrea

“La diarrea puede ser definida en los ancianos de tres maneras: aumento de la frecuencia de las evacuaciones, presencia de heces acuosas o muy blandas, urgencia al defecar”.³¹

Le incomoda mucho al paciente, tanto física como psicológicamente (sienten vergüenza por ello). El equipo de enfermería debe ser comprensivo con este problema, sobre todo en los pacientes de mayor edad, a quien a veces se le regaña por no avisar a tiempo.

Actividades de enfermería

- ✓ “Aplicación del tratamiento médico, que variara según la etiología de la diarrea y en el paciente terminal suele ser con Loperamida o Codeína, Dihidrocodeina, sulfato de Morfina.
- ✓ Realizar la higiene perianal lo antes posible después de cada evacuación.
- ✓ No usar productos irritantes en el aseo.
- ✓ Secar cuidadosamente la piel.
- ✓ Colocar en la cama empapadores, cambiándolos siempre que sea necesario.

³¹ OPS. Atención de los ancianos, un desafío para los años noventa. Washington, DC. 20037. EUA, 1994. Pág. 208

- ✓ En enfermos inconscientes, revisar periódicamente el pañal o empapador.
- ✓ Aumentar ingesta de líquidos, si el estado general del paciente lo permite.
- ✓ Prevenir maceración de la piel perianal aplicando pomadas protectoras de óxido de zinc y almidón o similares (siempre que la piel no tenga problemas de continuidad o infección micótica), no aplicar en periné y en los genitales”.(Rodríguez C 2006)

Estreñimiento

“Consiste en la reducción de la frecuencia de la defecación y/o para vaciar bien el recto. Las heces suelen ser duras, la defecación es dolorosa y requiere esfuerzo. A menudo el paciente se queja de una sensación de plenitud abdominal y puede presentar cólicos intestinales”. (OMS, 1996; 25)

“Es sin duda un síntoma de los más molestos y que más incomodidades causa en el paciente. Puede ser secundario a la administración de opiáceos, al cáncer (localización del tumor, movilidad disminuida, ingesta escasa, debilidad, deshidratación, hipercalcemia, dolor)”. (Rodríguez C 2006)

Cuidados de enfermería

- ✓ Valorar hábitos de defecación y consistencia de las heces.
- ✓ Favorecer la ingesta de líquidos si las condiciones del paciente los permiten.
- ✓ Aumentar el aporte de fibra si no hay riesgo de oclusión ó suboclusión intestinal, y según el estado general del paciente.
- ✓ Atender lo antes posible el reflejo de eliminación.

- ✓ Proporcionar intimidad al paciente encamado.

APOYO PSICOLÓGICO A PACIENTE Y FAMILIA



“Un número considerable de ancianos son víctimas de enfermedades incurables que implican un notable grado de sufrimiento de todo tipo, en las semanas que preceden a la muerte”.³²

“El enfoque terapéutico paliativo supone una respuesta alternativa, plenamente válida para los enfermos terminales.

“Para trabajar convenientemente con el enfermo y su familia en el proceso del final de la vida, los profesionales deben tener en cuenta la importancia que tiene una sincera, abierta y fluida comunicación basada en la confianza mutua, profesionalidad, empatía y comprensión”. (Astudillo W 2010)

“El apoyo a la familia debe estar presente desde el primer momento, dándoles información de cómo manejar al enfermo y enseñándoles en

³² Pilar Barreto, Ramón Bayés. Canales de psicología, 1990, 6(2). Disponible en: http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/06-06_2.pdf

técnicas concretas. Además, no debemos olvidar que la familia experimenta incertidumbres sobre la trayectoria de la enfermedad, su posible incapacidad para cuidarle y manejar los problemas psicológicos del paciente, particularmente la ansiedad y depresión y para lo que, necesitan sentirse apoyados, comprendidos y escuchados”.³³

Objetivos del apoyo a la familia

- Desarrollar la escucha
- Satisfacer sus necesidades de información
- Reducir su ansiedad y sentimientos de culpa
- Clarificar, desde el primer momento unos objetivos comunes.
- Desarrollar la participación activa en los cuidados del enfermo
- Enseñar estrategias de cuidado físico y emocional
- Mejorar su comunicación (la incomunicación con su familia puede generar soledad y aislamiento).
- Instruirlos en el manejo de emociones propias.
- Darles apoyo emocional, comprensión y simpatía.
- Ayudarles a cuidar de sí mismos y reconocer su labor.
- Facilitar la toma de decisiones.
- Mantener la esperanza / Reducir sus temores

³³ Astudillo W. ¿Cómo ayudar a la familia en la terminalidad? Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián, 2ª Ed. 2010. Disponible en:
<http://www.psicosaludymedicina.com/?tag=paciente-terminal>

- Acompañarles en el proceso de duelo.

Todo lo que amplía el bienestar del enfermo trascienda para su familia. Como Equipo debemos acercarnos a la familia con sinceridad y sencillez porque nuestra actuación, en cierto sentido, penetrará su intimidad. Los familiares valoraran mejor nuestra actitud de apoyarlos si entienden y acogen nuestra ayuda como una cooperación que reconozca y apoye sus potencialidades.

MEDIDAS PARA EL CONFORT Y LA SEGURIDAD



“El objetivo fundamental de la enfermería paliativa es conseguir el máximo confort y bienestar del paciente, evitando el sufrimiento y lograr finalmente una muerte digna”.³⁴

“El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad”

³⁴ Carretero Y. Posibilidades actuales de la enfermería paliativa. Publicada 2010. Disponible en: <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/avances-recientes-en-cuidados-paliativos/05-posibilidades-actuales-de-la-enfermeria-paliativa-carretero.pdf>

“Las medidas para proporcionar descanso y sueño adecuados se dirigen hacia la comodidad física, eliminación de la ansiedad y conseguir un sueño en calidad y cantidad suficiente desde la perspectiva individual”.³⁵

Acciones de enfermería

- Comodidad física
- Eliminación de fuentes de irritación física.
- Mantenimiento de las sábanas secas y suaves.
- Utilización de ropa holgada para dormir
- Dar un masaje dorsal de tipo relajante.
- Estimular la evacuación antes de irse a dormir.
- Control de las fuentes de dolor.
- Proporcionar una temperatura adecuada.
- Control de la temperatura de la habitación.
- Ofrecimiento de mantas adicionales.
- Proporcionar un frecuente cuidado de la boca.
- Mantenimiento de la piel limpia y seca.
- Levantar los barandales de la cama.

³⁵ Kozier B, Erb G, Olivieri R. Descanso y sueño. En: Kozier B, Erb G, Olivieri R. *Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica*. 4^º ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.p. 1004 – 1023. Potter P, Perry A. *Sueño*. En: Potter P, Perry A. *Fundamentos de Enfermería*. 3^º ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.p.728- 49.

ÍNDICE

Portada	I
Certificación.....	II
Autoría.....	III
Agradecimiento.....	IV
Dedicatoria.....	V
Esquema.....	VI
Titulo.....	1
Resumen.....	3
Summary.....	6
Introducción.....	9
Revisión de literatura.....	14
Materiales y métodos.....	42
Presentación de resultados.....	46
Discusión.....	59
Conclusiones.....	62
Recomendaciones.....	64
Bibliografía.....	66
Anexos.....	71
Índice.....	72