

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE ADULTO EN
ESTADO TERMINAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA 4 "C"
DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS DEL AÑO 2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR EL
TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

ROSMERY FANNY SALAZAR TUPAC YUPANQUI

**CALLAO - 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI | SECRETARIA |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | VOCAL |

ASESORA: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 007-2017

Resolución Decanato N° 1096-2017-D/FCS de fecha 24 de Mayo del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	04
1.2 OBJETIVO	05
1.3. JUSTIFICACIÓN	06
II.- MARCO TEÓRICO	08
2.1 ANTECEDENTES	08
2.2 MARCO CONCEPTUAL	13
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	37
III EXPERIENCIA PROFESIONAL	39
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.	40
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME.	47
IV RESULTADOS	50
V. CONCLUSIONES	54
VI. RECOMENDACIONES	55
VII REFERENCIALES	56
ANEXOS	58

INTRODUCCIÓN

La atención de salud en las diversas Organizaciones médicas, da al personal médico y de enfermería, la posibilidad de enfrentar una diversidad de problemas que demandan su análisis para poder plantear las soluciones adecuadas. Dentro de la variedad de pacientes atendidos, encontramos un particular grupo afectados por enfermedades crónicas, en quienes el tiempo de supervivencia se halla acortado, siendo por esta circunstancia, calificados como Enfermos Terminales. De acuerdo con la literatura vigente, el tiempo de supervivencia en estos grupos no excede los seis meses. Esta particularidad genera tensión, aprehensión, angustia y desazón tanto en el propio paciente como en su entorno familiar.

El mismo personal sanitario, se siente desalentado por la ausencia de una mejoría y, más bien, tiene que asistir a un deterioro inexorable que terminara en una muerte próxima. Sin embargo frente a este panorama desolador, la actuación de la enfermera se enfrenta a un reto que demanda toda su experiencia, paciencia, comprensión para procurar una calidad de vida y conducir con dignidad al evento final. La enfermera deberá, entonces, extremar sus cuidados procurando cubrir no solamente las necesidades biológicas de un paciente enteramente dependiente, sino también, atender las necesidades psicológicas, espirituales y sociales incorporando a la familia en el doloroso transito de la pérdida de un ser querido.

El presente informe consta de siete capítulos, los cuales se detallan a continuación: **Capítulo I.-** Describe el planteamiento del problema. Descripción de la situación problemática, objetivo y justificación. **Capítulo II-** Marco teórico, antecedentes, marco conceptual, definición de términos. **Capítulo III.-** Experiencia profesional, recolección de datos, experiencia profesional, procesos realizados en el tema del informe. **Capítulo IV.-** Resultados. **Capítulo V.-** Conclusiones. **Capítulo VI.-** Recomendaciones. **Capítulo VII.-** Referencias, anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

Los pacientes ante un diagnóstico de una enfermedad incurable, se encuentran sometidos a un tremendo impacto en el que la certeza de una muerte próxima los desestabiliza y provoca grandes cambios en la vida del paciente y de su familia, estos pacientes en estado terminal requieren que la enfermera centre sus cuidados en la satisfacción de sus necesidades básicas como son: alimentación, eliminación y cambios posturales etc. Es importante que la enfermera muestre interés en el cuidado permanente e integral de sus dolencias para que de este modo el paciente se sienta aliviado y en confianza para poder manifestar sus necesidades. (1)

En este campo, las posibilidades de intervención del profesional de enfermería son variadas y para los cuidados debe participar el equipo multidisciplinario.

Atender a un paciente en estado terminal es una labor muy difícil por el hecho de que no solo hay que cuidar el estado físico, sino que debemos aprender a comunicarnos con ellos. A través de la experiencia personal y la vivencia en el cuidado del paciente en estado terminal en algunas oportunidades ignoramos o minimizamos las señales de sufrimiento, como en la demora para la administración del tratamiento para el dolor, en el cambio oportuno de pañales, en la movilización y en todas las inquietudes

que expresan estos pacientes. Mi experiencia profesional en el servicio de medicina 4 C, me ha permitido atender pacientes con diferentes dolencias y en diversas etapas de limitación de su independencia, así puede tratarse de pacientes terminales con preservación de sus facultades mentales y moderada limitación física y en el otro extremo pacientes muy venido a menos, con alteraciones sensoriales que con frecuencia llega a la inconsciencia y por ende dependencia física total. En este sentido la atención profesional de la enfermera debe ser en cierto modo individualizada, lo que exige bastante flexibilidad y criterio profesional procurando cubrir todas sus necesidades como bien describe en sus catorce necesidades de Virginia Henderson. (2)

1.2 Objetivos

Describir el cuidado de enfermería del paciente adulto en estado terminal en el servicio de medicina 4 "C" del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del Año 2015

1.3. Justificación

El presente informe de experiencia profesional tiene como finalidad dar a conocer y describir los cuidados que brinda las enfermeras al paciente adulto en estado terminal debido que estos pacientes atraviesan por diferentes etapas que requieren de un cuidado especial, individualizado, variado y de calidad de parte del personal de enfermería, con la finalidad de mitigar no solo el dolor físico sino el sufrimiento moral y espiritual que conlleva el conocimiento de que no hay más posibilidades curativas para su dolencia y que toda esperanza de recuperación ha desaparecido y por lo tanto sus expectativas frente a sus proyecciones de realización personal en diversos aspectos se halla interrumpido. (3)

Para que el cuidado en este caso sea adecuado es necesario que la enfermera este cerca, próxima y asequible al paciente adulto en estado terminal y familia afianzando las muestras de interés y dedicación, garantizando un manejo adecuado de la situación mostrando respeto y dignidad por el ser doliente, dirigido fundamentalmente a aliviar los síntomas molestos y a mejorar la comodidad y la calidad de vida del paciente en fase terminal.

El presente informe servirá para aportar desde la formación de los estudiantes de enfermería, sobre la importancia de reforzar los conocimientos sobre enfermo terminal, valorando la importancia de los

cuidados brindados por enfermería en ese proceso de muerte que vive un paciente.

Los beneficios que podemos lograr para la profesión es mejorar la atención y la calidad de cuidados al paciente en estado terminal.

En cuanto a la factibilidad de llevar a cabo este informe de experiencia profesional, es posible realizarlo ya que se cuenta con los recursos necesarios y la flexibilidad de las autoridades para realizarlo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

ANORTE HERNÁNDEZ m. 2011 “Experiencia vivida en el trato directo con un enfermo terminal”, El cual narra la experiencia vivida en el trato directo con un enfermo terminal, se relaciona los aspectos físicos, biológicos y psicológicos a tener en cuenta durante la prestación de cuidados a estos pacientes. Se describe los objetivos del cuidado paliativo, los instrumentos con los que se cuenta y el papel que desempeña la enfermera ante el enfermo, su familia como enlace entre estos y el equipo interdisciplinario que rodea a un enfermo en fase terminal. El objetivo es conseguir la mejor calidad de vida y la máxima autonomía del paciente y su familia, precisamente la carencia en la atención de los aspectos emocionales y espirituales junto con el alivio del dolor, dará origen a la filosofía sobre lo que se basan los cuidados paliativos. Conclusión: que es importante que incorporemos en la prestación de los cuidados, conjuntamente con los cuidados físicos y orgánicos, verdaderas estrategias de relación, ayuda y comunicación a la familia para afrontar la situación. La enfermera forma parte fundamental del equipo multidisciplinario, ya que la identificación conceptual de profesional de enfermería es cuidar.(4).

CASTILLO GARCET Miguel, 2011 en su tesis "Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estado terminal" Cuba. La preocupación por una atención integral del equipo multidisciplinario de salud al enfermo terminal, ha surgido a medida que se producen importantes avances en el tratamiento de los pacientes portadores de neoplasia maligna. El paciente y la familia requieren de un esmerado cuidado, es por ello que se hace necesario trabajar con enfermeros debidamente entrenados para la atención integral a estos pacientes. Por esta razón se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo de enero a julio 2011 en el instituto nacional de oncología y radiobiología sobre los cuidados de enfermería del paciente en estado terminal. El objetivo fue valorar la atención de enfermería al paciente, teniendo en cuenta que presentan necesidades físicas, espirituales y emocionales afectadas, que constituyen una de las tareas más difíciles en la práctica de enfermería. Población: 196 enfermos se seleccionó una muestra de 80 se les aplicó una entrevista con variables de interés para el estudio. Resultado se obtuvo que el 57,6 % del personal no conocen todas las alteraciones psíquicas que presentan los pacientes, se detectaron deficiencias en la comunicación paciente-enfermero, atribuido a la sensación de impotencia ante problemas no posibles de resolver por los enfermeros y sentimientos de lastima, lo que no permite mantener el equilibrio en la relación enfermero-paciente-equipo tratante (5).

BRUNET COLEIL Ramón, 2013 Realizo un estudio “Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida, de los estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña- España. El cual tuvo los siguientes resultados: En relación a la inteligencia emocional percibida se observa que los alumnos de la comunidad de Andalucía presentan un nivel más elevado de comprensión de las emociones y regulación emocional.(6).

Antecedentes Nacionales:

MALLMA CONTRERAS Julia Elena 2010-2011 “Vivencias de las enfermeras en el cuidado al paciente moribundo en la UCI del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” LIMA-PERÚ. Los objetivos: describir, analizar e interpretar las vivencias de los enfermeros en la atención al paciente moribundo. Conclusión: El personal de enfermería que participo en el estudio, le da a la muerte un significado estrictamente biológico considerándola como el fin del ciclo vital o el cese de las funciones vitales. Consideran el proceso de muerte un evento doloroso, siendo estos sentimientos más intensos cuando la pérdida es de pacientes que se han tenido vínculo emocional profundo, cuando los que mueren son jóvenes o cuando presentan una agonía larga. Frente a las reacciones emocionales como dolor, pena, sufrimiento de la familia muestran una actitud de alejamiento hacia la familia, lo cual impide brindarle al paciente un cuidado integral desde un enfoque holístico.(7).

OSORIO RIVADENEYRA Yasmin Luisa. 2011-2012 "Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina hospital Nacional Daniel Alcides Carrión ". Callao Perú. El objetivo general de la investigación fue: Determinar la actitud de la Enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente. Los objetivos específicos: Identificar la actitud de la enfermera hacia el cuidado físico, psicológico y social según opinión de los pacientes. El diseño fue descriptivo, nivel aplicativo y de corte transversal; se realizó en los servicios de medicina 6° B y 7° B del H.N.D.A.C. La población estuvo conformada por un total de 128 pacientes, de los cuales se extrajeron una **muestra** de 50 pacientes, utilizando el muestreo no probabilístico intencionado seleccionando sólo ambos servicios. El instrumento utilizado fue la escala tipo Lickert modificada. Las conclusiones son: que la mayoría de los pacientes opinan que las enfermeras presentan actitudes medianamente favorables hacia el cuidado que les brindan, también que las enfermeras tienen una actitud medianamente favorable con tendencia a desfavorable hacia el cuidado del paciente en el aspecto físico, que las enfermeras tienen una actitud medianamente favorable con tendencia a desfavorable hacia el cuidado del paciente en el aspecto psicológico y por último que las enfermeras tienen una actitud medianamente favorable con tendencia a desfavorable hacia el cuidado del paciente en el aspecto social.(8).

ALARCÓN SOCA Isabel, 2012 “Necesidades espirituales de los pacientes terminales en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, LIMA- PERÚ. Objetivo general: Comprender las necesidades espirituales de los pacientes en la etapa terminal de sus vidas. Estudio con enfoque cualitativo de tipo fenomenológico, la muestra estuvo constituida por 10 pacientes en estado terminal, establecida por el nivel de saturación. La técnica utilizada para la recolección de la información fue la entrevista en profundidad, la cual contó con una guía de preguntas norteadoras, permitiendo obtener testimonios acerca de las necesidades espirituales de los pacientes terminales. Asimismo, se realizó una observación participante durante el proceso de la investigación. En este estudio se obtuvieron las siguientes categorías: El ser ahí –finito y el habla, Necesidad de amar y ser amado, Necesidad de decir adiós, Necesitando ser reconfortados por su fe y prácticas religiosas, Necesidad de reconciliación con la propia vida, Manifestando la necesidad del cuidado del personal de salud, Necesitando analizar su vida al sentir su finitud, Pensando en la familia en los últimos momentos de vida y Yendo del rechazo a la muerte a aceptar su finitud. Conclusión: Que los pacientes terminales aceptan que la muerte es inevitable, pero en algún momento se resistieron a la idea no ser más en el mundo. El miedo presente en todo ser humano, es manifestado por los pacientes terminales como un miedo al no poder concretizar sus proyectos en el futuro, tales sentimientos hacen que el paciente pueda encontrarse así

mismo. Durante el trayecto hacia su finitud, algunos pacientes entrevistados manifestaron su aceptación de no ser más en el mundo, llegando así a lo que Heidegger nos manifiesta como la autenticidad del ser. Es de resaltar que en el estudio se encontró que algunos pacientes refirieron sentirse des-cuidados por el personal de salud, entre ellos por la enfermera, solicitaban ser comprendidos como seres auténticos vivenciando su finitud y ser respetados sus derechos como cualquier otro paciente.(9).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1. Paciente Terminal

a) Concepto: El Paciente en estado terminal es la persona que sufre una enfermedad irreversible, cuya muerte se espera ocurra a pesar de todos los esfuerzos a nuestro alcance, es decir esta en el proceso final de su vida, viviendo a sus circunstancias individuales, familiares, socioculturales y las de su entorno.

En este grupo de pacientes, en los que no se puede curar la dolencia se plantea otros objetivos terapéuticos encaminados a procurar un confort físico, psicológico, social y espiritual, Existen muchas definiciones de pacientes en estado terminal , resultando casi todas ellas inconexas e inexactas, por ello la definición de enfermo terminal en cualquier patología

es muy discutida. En oncológicos cuando un paciente con una neoplasia maligna ya no es susceptible de un enfoque terapéutico específico para su enfermedad, y la expectativa de vida es corta se dice habitualmente que está en fase terminal. En esta fase los pacientes pueden estar en una situación clínica relativamente estable, con leves molestias o síntomas, pero los hay también con síntomas invalidantes y mala calidad de vida. La expectativa de vida varía entre 2 y 6 meses. (10).

Desde un punto de vista práctico podemos determinar la situación de enfermedad terminal cuando existe un estado clínico que conlleva expectativa de muerte en breve plazo. **Los criterios para la calificación de un paciente en estado terminal serían: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, presencia de numerosos problemas o síntomas multifactoriales y cambiantes de gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte y un pronóstico de vida inferior a 6 meses. (11).**

Sin embargo, estos pacientes no pueden ni deben ser desatendidos. En consecuencia el cuidado de esta envergadura no puede recaer sobre un solo grupo profesional, sino que tiene que estar involucrado en un sistema con la formación de un equipo multidisciplinario. En nuestro medio carecemos de una organización de este tipo a nivel del ministerio de

salud, a nivel de Es Salud, el problema ha sido abordado parcialmente con la organización de las unidades de terapia del dolor que solo tocan un aspecto muy limitado del problema.

En este contexto multidisciplinario el profesional de enfermería juega un papel muy importante ya que puede influir con eficacia en los problemas físicos y psíquicos, directamente o a través de la orientación que se le imparte a la familia. Su proximidad al paciente permite que la enfermera participe de sus necesidades más íntimas, por lo que sus observaciones pueden servir para que el equipo de atención cumpla mejor su cometido de alivio y consuelo, procurara conseguir que el paciente viva el tiempo que le queda con la mayor comodidad posible, no solo a través de su trabajo personal, sino también, a través de una experta dirección de los cuidados que le prodiga la familia.

Este tipo de cuidados requiere de un desarrollo de un mayor equilibrio y madurez quizás mayor que en otros campos para poder soportar las vicisitudes de acompañar a una persona en trances de la muerte. Los cuidados que la enfermera puede ofrecer para mejorar el bienestar del paciente en estado terminal, deben partir del mayor respeto a la dignidad, a la independencia del enfermo y a su derecho a participar en lo que suceda alrededor.

b) Características del Paciente en Estado Terminal

Las características varían de un paciente a otro por lo que cada uno requiere ser tratado como una persona y no como la víctima de una enfermedad incurable.

- ❖ **Características Físicas:** Suele existir un importante deterioro de sus funciones corporales, En el organismo hay pérdida progresiva y disminución del tono muscular y del peristaltismo, lentitud en la circulación sanguínea, esto lo limita para realizar actividades y requieren de ayuda.
- ❖ **Características Psicológicas:** Sufre una serie de cambios adaptativos necesarios para elaborar complejas situaciones emocionales y espirituales. Estos cambios adaptativos pueden ser depresión, aislamiento y confusión. Las relaciones con sus familiares, otras personas y con su medio se degradan expresando miedo y sufrimiento espiritual. Esta experiencia pocas veces es manifestadas con palabras.
- ❖ **Características Sociales:** Manifiesta deseos de comunicación, compañía, ejercer su autonomía, cumplir con ritos y ceremonias religiosas, solicita intimidad, tranquilidad y utiliza sus pertenencias, todo ello dentro de una atmosfera de paz. (12)

c) Las necesidades básicas de paciente en estado terminal.

Las necesidades humanas del paciente en estado terminal deben atenderse con la mayor prontitud y habilidad a fin de lograr su bienestar, proporcionando los cambios vitales importantes que requieran para la satisfacción de las mismas.

Al paciente en estado terminal hay que verlo como una persona con su valor y dignidad. Lo importante es ayudarlo a sentirse así mismo como una persona.

Las necesidades humanas del paciente en estado terminal son el requerimiento fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, indispensable para su adaptación, aceptación y comprensión de la etapa final de su vida.

❖ Necesidades fisiológicas.

Comprende los requerimientos básicos para mantener la estabilidad y la vida. Entre ellos podemos referir, necesidades de agua, oxígeno, alimento, eliminación, actividad, reposo, sueño, conversación de la temperatura, abrigo y alivio del dolor.

Los pacientes en estado terminal presentan manifestaciones clínicas como dolor físico, anorexia, vómitos o náuseas, dificultad para deglutir, deshidratación, dificultad de eliminación urinaria, incontinencia fecal, úlceras por presión y dificultad para respirar, lo importante es ayudarlo a la satisfacción de las necesidades fisiológicas para restituir sus requerimientos y deseos. Sin hacerle exigencias inútiles y apremiantes.

❖ **Necesidades Psicológicas**

Son los sentimientos, emociones, estado de ánimo o del intelecto que influyen en la satisfacción de las necesidades de autoestima, aprecio, reconocimiento, autonomía, pertenecía, auto evaluación, respeto, amor, dignidad, confianza y seguridad psicológica.

La satisfacción de las necesidades psicológicas es fundamental e importante para el paciente en estado terminal, para ayudarlo a establecer una relación de confianza, reducir el miedo, la frustración, el aislamiento, la soledad la desesperanza y a enfrentar la verdad para ello se requiere la participación del equipo multidisciplinario, en particular de la enfermera, en tales condiciones el enfermo puede ejercer el control sobre el mismo y su medio para mantener la autoestima e identidad.

En este contexto, el contacto físico es una necesidad específica y esencial puede realizarse a través de los cuidados físicos de enfermería en la relación interpersonal y la comunicación que propician la cercanía y el contacto físico en silencio. El contacto físico con frecuencia comunica más que las palabras, tocar sus manos del paciente, sus brazos es básico porque constituye una forma de comunicación que le manifiesta nuestro interés por él. Esto lo hace sentirse aceptado, recibe seguridad y el apoyo emocional que la reconforta.

❖ **Necesidades Socioculturales**

Se refiere las relaciones e interpersonales con la familia y su entorno.

La cultura es para el enfermo la necesidad de conservar sus tradiciones creencias y valores a través de las prácticas.

El paciente en estado terminal requiere compañía y atención de la familia y amigos para ayudarlo a la satisfacción de las necesidades socioculturales y apoyo de la enfermera.

❖ **Necesidades Espirituales.**

Constituye el núcleo central de lo más íntimo del ser humano. Estas necesidades son el resultado de los sistemas de creencias llamadas religiones y están íntimamente relacionadas con las necesidades psicológicas. Las necesidades espirituales son la fe y la esperanza. Las creencias se basan en la fe, confianza y la comprensión de la divinidad de ser idolatrado o de concepto. Estas varían desde las distintas culturas y entre los individuos de una misma cultura, el paciente en estado terminal requiere aceptación de sus valores y creencias religiosas por las personas que le rodean como familia, equipo de salud y especialmente el personal de enfermería para ayudarlo en la satisfacción de sus necesidades espirituales. El paciente en estado terminal aun con mal pronóstico siempre mantiene la esperanza de algo mejor el deseo de vivir o de recuperarse.(13).

d). REACCIONES PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL

La mayoría de los pacientes en estado terminal pasan por las fases descritas por KLUBER-ROS que acompañan al hecho de morir y son:

❖ Negación y Aislamiento

La reacción inicial más frecuentemente en aquellos enfermos que escuchan un diagnóstico desfavorable es la negación “no yo no”, “no puede ser”, “es imposible”, se habrán equivocado de análisis. A continuación no es raro que el paciente acuda a uno y otro médico con la esperanza de que le desmientan lo que acaba de escuchar.

La esencia de la negación reside en el rechazo del enfermo a asimilar una información inoportuna, rechazo al resultado de los análisis. Algunas veces esta negación puede ser absoluta y durar incluso mucho tiempo, pero la mayoría de las veces el enfermo puede en el fondo dudar de que el diagnóstico sea exacto. Son momentos en que la negación y la incredulidad se confunden.

La negación es habitual en casi todos los pacientes no solo durante las primeras fases de la enfermedad, o al enterarse del diagnóstico sino también más adelante para el enfermo resulta extraordinariamente difícil admitir su propio fin. A nivel consciente e intelectual, el paciente puede aceptar su muerte pero sobre un plano emocional, generalmente inconsciente, con el fin de protegerse de estar irremediabilmente condenado, en su ayuda el mecanismo de la

negación que permite debilitar esta trágica hipótesis y dan mayor crédito a las otras soluciones posibles.

Los enfermos suelen ser muy meticulosos a la hora de escoger un interlocutor con quien hablar de su enfermedad o de su muerte inminente, mientras fingen una mejoría con los que no pueden tolerar la idea de su fallecimiento, es posible que esta conducta explique la discrepancia de opiniones existentes con respecto a la necesidad que tiene un paciente de saber que su enfermedad es fatal.

❖ **Ira o Enojo**

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, envidia y resentimiento, lógicamente surgen las siguientes preguntas ¿Por qué a mí?, ¿Por qué ahora?, no se espera que los responsables tengan las respuestas.

Todos sabemos que moriremos, pero sin embargo, contemplamos siempre la muerte como algo de los demás, algo que no nos puede suceder a nosotros. Cuando se producen explosiones de ira, estas suelen ser multidireccionales hacia el médico, hacia la enfermera, hacia los familiares y hacia si mismo, las enfermeras suelen ser quienes con más frecuencia sufren las consecuencias de su disgusto. En cuanto estas salen de la habitación el paciente toca el timbre para que le arreglen mejor la cama, le acomoden la almohada.

En esencia lo que el enfermo está haciendo con sus gritos, es quizás llamar la atención, y hacen todo lo posible para que no lo olviden, alzar la voz, pedirá cosas, se quejara y pedirá que se le atienda como un último grito "estoy vivo, no lo olvides, puedes oír mi voz, todavía no estoy muerto".

La tragedia es quizás que no pensamos en las razones del enojo del paciente y lo tomamos como algo personal, cuando el origen no tiene nada que ver, o muy poco con las personas que se convierten en blanco de sus iras, sin embargo, cuando el personal o los familiares se toman esta ira como algo personal y reaccionan en consecuencia, con mas ira por su parte, no hacen más que fomentar la conducta hostil del enfermo.

Un paciente por el contrario al que se repite y se comprenda al que se dedique un poco tiempo, pronto bajara la voz y reducirá sus airadas protestas.

❖ **Pacto o Negación.**

Es una fase de tregua en la que intenta negociar para que se le conceda más tiempo. La mayoría de las veces los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en el despacho de su sacerdote.

El paciente en estado terminal utiliza maniobras similares a los que utilizan los niños pequeños cuando quieren conseguir algo que se ha prohibido. Sabe así por experiencias pasadas que hay una ligera

posibilidad de que se le recompense por una buena conducta y se le conceda un deseo, teniendo en cuenta sus especialidades servicios. Evidentemente lo que más suele desear es la curación o por lo menos la prolongación de la vida. Con frecuencia establecen metas a corto o mediano plazo, (llegar a las navidades, o a la boda de su hija, o a la primera comunión de su nieta), para después una vez llegado el día, pedir invariablemente una nueva prórroga, en realidad el pacto es un intento de posponer los hechos como premio a la buena conducta. Dice Kluber que las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta y por lo tanto seguimos el rastro hasta que el paciente se libra de sus temores irracionales o de su deseo de castigo por un sentimiento de culpa excesiva, que no hace más que aumentar con el pacto y las promesas incumplidas cuando pasa la fecha de vencimiento.

❖ **Depresión**

Cuando el paciente es estado terminal no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por mas operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas, o se debilitan o adelgaza, no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara, su inestabilidad, su ira , su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida, con frecuencia esta depresión se ve agravada por preocupaciones exteriores, preocupaciones de una

madre por sus pequeños hijos sobrevivientes, preocupaciones por un cónyuge inestable o enfermo que quedaría privado de apoyo.

Decrece el interés por el tratamiento, el enfermo no cree en las denegaciones del personal que lo atiende, percibe las demostraciones de afecto de los suyos o de una enfermera o un médico, como una estrategia elaborada por los vivos para engañarlos y ocultarle su situación real, desconfianza, apatía, soledad son las consecuencias de esto.

En esta fase lo que se necesita es compañía, sin tratar de animarlo, porque esto dificultaría su preparación psicológica para la aceptación.

❖ **Aceptación**

La aceptación es la última fase previa a la muerte, se despide de los suyos, arregla sus asuntos, sigue las instrucciones de los médicos, de las enfermeras y de cualquier otra persona ligada a la enfermedad como si ya no se tratara de él, de su propia enfermedad y de su propio cuerpo, sino de un ser extraño, cuya morada habitara pasajeramente.

No podemos olvidar que por otra parte, para muchos paciente la muerte puede llegar a ser una autentica liberación, para muchas personas, la vida ha sido, en sentido estricto, un valle de lagrimas ahora ya es irreal pensar que puede cambiar la racha, Algunos pacientes, a pesar de los cuidados que se suministren, sufren mucho con su enfermedad, y puede llegar a mirar de frente a su propia

muerte, como salvación. Recordemos como la sabiduría popular afirma que el único mal que no tiene remedio en la vida es la muerte, pero también que esta es el remedio para los males.

La aceptación es una etapa de la progresión hacia otro modo de existencia. Ante los ojos del moribundo, se abren los paisajes desconocidos de un mundo nuevo. El hombre vivo mira al hombre moribundo de espaldas, por lo tanto, solo ve a un hombre que se aleja un poco más en la noche, ahora bien por este último, la aceptación no significa, en absoluto la rendición de su voluntad de vivir, sino que es franquear un umbral de percepción nueva y hasta entonces, radicalmente desconocido.(10).

d). Cuidados de Enfermería: El cuidado de enfermería es un servicio que realiza a través de una interacción entre la enfermera y el paciente que consiste en la generación de una acción permanente y sostenida que utiliza la enfermera tanto para identificar y conocer a fondo las necesidades del paciente para poder suplir la carencia de estas.

El cuidado de enfermería se refiere al cuidado de la vida, vida que conlleva episodios de enfermedad, contribuir a satisfacer las necesidades que ella genera en la persona o grupo humano.

Los cuidados de enfermería son el resultado de la identificación y valoración de las necesidades humanas obtenidas a través de la observación, la entrevista y la relación interhumana.

La enfermera para proporcionar cuidado integral al enfermo terminal, precisa intervenir en la planificación y administración de las acciones de enfermería que el enfermo requiere en esta fase de ser ayudado, bien sea en el alivio del sufrimiento psicológico y social, como en el mantenimiento del bienestar físico y emocional, en todo esto debe buscarse compasión comprensión y apoyo hasta el momento final de su existencia.

El objetivo del cuidado de enfermería debe estar formulado de acuerdo con la complejidad de la fase terminal, en la condición de persona, grado de dependencia, peticiones y deseos en la satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

Al proporcionar cuidado integral al paciente adulto en fase terminal debe aplicar un conjunto de habilidades como condición básica en la práctica profesional. Al utilizar el proceso de atención de enfermería dispone de un método lógico, sistemático y tradicional para la organización de la información de tal manera que el cuidado sea adecuado y eficaz.

El cuidado de enfermería es mantener el nivel óptimo del enfermo, satisfacción de las necesidades humanas y apoyar en la calidad de vida el mayor tiempo posible, La entrega de cuidado requiere de un

proceso mental sustentado en conocimientos humanísticos, sociales, culturales, políticos, biológicos y ecológicos que la enfermera debe conocer y aplicar oportunamente a través de sus acciones, palabras, habilidades y destrezas.

Este proceso de cuidar se ofrece utilizando el proceso del método científico y el cuidado debe ser individualizado, eficiente y efectivo, de tal manera que sea posible alcanzar la satisfacción plena del paciente. El cuidado se encamina a satisfacer las necesidades básicas y de salud del paciente, y de manera general, ellas se refieren principalmente a estimular, confirmar, mantener el auto imagen del paciente y compensar a la persona para lograr la continuidad de la vida y el bienestar.

En esta última fase de la enfermedad, es reconocida por numerosos autores como la más profunda y difícil experiencia que cualquier ser humano debe afrontar, provocando un conjunto de situaciones emocionales y psicológicas de gran fuerza y complejidad. Una de las características es su múltiple sintomatología y la rapidez con la que estos aparecen o cambian, como son el deterioro evidente y progresivo del estado físico, con disminución del nivel de conciencia, desorientación y trastorno de la comunicación, alteración de los esfínteres, síntomas psico emocionales variables, como angustia, agitación, crisis de miedo o pánico, manifestando verbalmente o no, según su estado, necesidad de estar acompañado por aquellas

personas que le son más afines, demanda de ser atendido por el equipo de enfermería todos estos síntomas que pueden agravarse progresivamente hasta la situación de coma. Ahí la necesidad de que la enfermera realice un plan de cuidados individualizados, con una valoración diaria y pormenorizada, priorizar con el paciente los síntomas molestos e incómodos, ya que mientras algunos de ellos se puede controlar como el dolor y disnea, otros será preciso proporcionar la adaptación del paciente como son la debilidad o la anorexia.

Los cuidados pueden agruparse de acuerdo a la complejidad de su naturaleza.

- Podríamos decir que para enfermería significa aumentar la capacidad del paciente para lograr la compensación y aceptación de los daños de su salud, su participación en su tratamiento y en su auto cuidado.
- Significa contribuir al desarrollo de la personalidad del paciente. Este tipo de cuidado es más intenso cuanto más dependiente esta el paciente por razones de su situación de salud. Este tipo de cuidado contribuye a fortalecer psicológicamente al paciente, más allá del episodio de la enfermedad. Los cuidados de confirmación se dan específicamente a través de la relación enfermera paciente creando una interacción que permita confirmar y colaborara en el logro de los objetivos del plan del cuidado de su salud.

- Representa la provisión de cuidados que ofrezcan seguridad al paciente. La personalidad y la competencia técnica de la enfermera juegan un papel decisivo para que el paciente se sienta seguro del personal que lo atiende. El cuidado debe ser oportuno y eficiente, la seguridad física contribuye significativamente a la seguridad psicológica.
- El cuidado de enfermería se refiere a la contribución para lograr que el paciente tenga una imagen real de él y de los que conforman su entorno y a mantener su autoestima y aceptarse a estimarse asimismo.
- Los cuidados de enfermería deben darse en forma inmediata cuyo objetivo debe ser lograr la tranquilidad al paciente y su entorno a fin de salir de la crisis en el menor tiempo posible, para que el paciente descanse y se relaje y así obtener merecida tranquilidad que contribuya a su tratamiento.
- Representa la ayuda que ofrece para el logro del equilibrio de su salud y representa la ayuda física psicológica y social según sea las necesidades insatisfechas de la persona cuidada.

El cuidado de enfermería incluye la satisfacción de necesidades humanas que el paciente no puede hacer por sí mismo debido a que no tiene la fuerza física y psicológica para hacerlo. (15).

e) Cuidados de Comodidad y Confort.

La calidad de vida y confort de nuestros pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los cuidados de enfermería.

Confort es la ausencia de todo aquello que pueda constituir una molestia o incomodidad. Los cuidados de confort cubren el bienestar físico y moral del paciente para lograr mantener una adecuada calidad de vida.

Higiene, muchos pacientes terminales se resisten al aseo diario, pues consideran en su estado, la higiene, más que un beneficio no les resulta más que un esfuerzo enorme. No tienen ganas de ser molestados e incluso pueden reflejar una negativa, agresividad contenida por su estado de enfermedad. El personal de enfermería debe conseguir que su aseo del paciente se convierta en un momento grato del día, utilizando para ello las técnicas y maneras más adecuadas para cada caso.

El baño o aseo diario nos permite valorar la condición física del paciente, los cambios que experimentan en su movilidad, posibles edemas o inflamaciones, el desarrollo de úlceras por presión el estado de la piel etc. Es fundamental realizar cambios posturales frecuentes junto con un pequeño arreglo de cama. Estirar las sábanas, cambios de pañales de incontinencia, refrescar la piel con cremas hidratantes.

Ponemos especial atención en el cuidado de la boca, precioso caldo de cultivo de múltiples infecciones, la boca se lavara cuidadosamente después de cada comida, así mantener la mucosa bien limpia. En caso de pacientes inconscientes se eliminaran la placa bacteriana con una torunda impregnado de antisépticos suaves con el dedo protegido por un gasa o guante.(12).

Alimentación: En la situación de enfermedad terminal es frecuente que refiera problemas relacionados con los alimentos. Debemos conseguir entre todo el equipo que el acto de comer no suponga de ningún modo un problema añadido a su ya delicada situación, sino por el contrario un beneficio para su estado otro factor fundamental es la necesidad de abordar los cuidados dentro de un marco multidisciplinario de atención al paciente en estado terminal, no es conveniente la intervención aislada con objetivos individuales.

El objetivo debe ser único y cada profesional debe aportar aquellos conocimientos que le sea propios.

f. Teoría de Virginia Henderson:

Henderson reconoce varias influencias en su modelo conceptual. Algunas provienen de la fisiología y otras de la psicología de ahí la complementariedad de las dimensiones biofisiológicas y psicosocioculturales y según su concepción de Henderson era

mostrar la diferencia entre el plan de cuidados de enfermería y el plan terapéutico de la medicina en este sentido anotaba que la enfermería consiste ante todo en ayudar al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan al mantenimiento de la salud, a su recuperación o alcanzar una muerte tranquila, actividades que pueden llevar el individuo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

La enfermera ante los pacientes con una duración limitada de vida es ayudar a vivir su vida más completamente posible dentro de las limitaciones que le provoque su enfermedad, hasta que muera, manteniendo la esperanza, alcanzando metas y enfrentando a las situaciones que aparecen diariamente.

El enfermero puede ser un proveedor de calidad de cuidados, utilizando su experiencia y habilidad en el momento adecuado. Ha de ser capaz de valorar los síntomas y otras necesidades efectivamente y es el personal más apropiado para observar los cambios en las necesidades o descubrimiento de nuevos síntomas, debido a que permanecen más tiempo con el paciente. Es esencial actuar basándose en la observación y tener un sutil instinto respeto a la conducta y aspecto habitual del paciente, aquí la enfermera puede ser los ojos y los oídos de los médicos y del resto del equipo, así como la defensora de los pacientes, es decir, la que hable por ellos. Así

paciente y familia reciben el mejor cuidado y no solo tienen la función de cuidar sino también la de coordinar los cuidados de los otros.

La enfermería se ha caracterizado por sus exigencias éticas. Su actividad se ha centrado siempre en un servicio de cuidado realizando en este quehacer a lo largo del tiempo. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básico de enfermería, que son las catorce necesidades fundamentales. La enfermera que desee prestar cuidados personalizado ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones.

A través de un plan de cuidados de enfermería elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente. Esta conceptualización es aplicable en pacientes de estado terminal.

Definía el plan de cuidados en enfermería como aquel que contiene las modificaciones en la manera de vivir de un paciente y los pasos que deben dar para que tal modificación sea posible. Insistía en la necesidad de investigar para continuar identificando las necesidades de los pacientes, más allá de las catorce que ella propuso con base en las necesidades básicas del ser humano.

En cuanto a la relación enfermera paciente anotaba que debía establecerse de acuerdo con las necesidades que este tuviera y

observara que ella podía ejercerse de tres modos, como sustituto, como ayuda o en modalidad de compañía para el paciente.

Para Henderson el proceso de enfermería consistió en la resolución de problemas en general y no era peculiar de enfermería. Señalaba que la educación de la enfermera exigía un entendimiento universal del ser humano para lograr planes de cuidado eficaces, cuyo objetivo era mejorar la salud, desarrollar independencia y proporcionar la curación cuando fuese posible. En los casos de enfermedades incurables su actividad se orientaba a reducir el sufrimiento al mínimo y finalmente a hacer la muerte más tranquila.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

1º.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2º.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3º.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5°.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6°.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7°.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8°.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9°.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones : Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo

13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER).

He considerado la teoría de Virginia Henderson porque el diagnóstico de paciente en estado terminal, necesita mayor soporte de la necesidad espiritual y necesidades físicas como es el manejo del dolor.

Nunca debemos bazar nuestros cuidados en lo puramente teórico, sino basarnos en la experiencia que se adquiere con el contacto con los pacientes, esta nos permite madurar y ser más sensitivo en nuestro trabajo, para así enfrentarnos mejor en lo que suceda en cada momento este punto de mayor prioridad.

Virginia Henderson consideraba que un plan de salud hacía parte de un plan de vida, y en ese sentido su propuesta para diseñar planes de cuidado que se fundamentaba en que todo ser humano busca su

seguridad (comida, vestido y habitación), y espera recibir amor y aprobación, también aspira gozar de la ventura del conocimiento y la fuerza que el hombre encuentra en su dios o en otro principio ético universal.(16).

2.3 Definición de Términos

- **PACIENTE TERMINAL:** Es aquel que se aplica a personas que sufren una enfermedad y que se encuentra en la etapa terminal o final de ella, sin esperanza ni posibilidades de recuperación ya sea porque no se conoce la cura específica a la condición que se posee o porque el estado avanzado de la enfermedad no permite mejora alguna.
- **CUIDADO DE ENFERMERÍA:** Son diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orienta a monitorear la salud y asistir al paciente
- **NECESIDADES BÁSICAS:** Es aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir, la carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida, la falta continuidad de alimento que hace desfallecer, y el riesgo o peligro en que se necesita de un pronto auxilio.

- **SALUD:** Es un término que se utiliza para referirse a el estado en el que un organismo está en equilibrio y todos sus niveles se encuentran en los rangos “normales” de la especie.
- **ENFERMEDAD:** Es el término que se utiliza cuando algún factor de este equilibrio se afecta provocando un desbalance del organismo.
- **ALTERACIÓN DE LA SALUD:** Nuestra vida se encuentra constantemente bajo la influencia de riesgos y circunstancias que pueden poner en peligro nuestro estado de bienestar general.
- **SEDACIÓN PALIATIVA:** Es la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia de un paciente cuya muerte se prevé muy próximo.(17).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevo a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de los libros de ingresos y egresos, revisión de datos en la unidad de estadística del hospital Nacional Edgardo Rebagliati en el periodo 2015.

Para la obtención de los datos que contiene el presente informe se llevo a cabo las siguientes acciones.

Autorización: Se solicito autorización respectiva a la jefatura de enfermería

Coordinación con el personal de

Como se manifestó en la descripción del problema, la atención al paciente terminal es un fenómeno que involucra a toda institución de salud, el HNERM, no es ajeno a ello, en el servicio de medicina 4to C existen 39 pacientes hospitalizados, de los cuales hasta un 20% se encuentra en condición de paciente terminal.

3.2 Experiencia Profesional

Inicie a laborar a partir del 22 de Marzo del 2001, siguiendo la política institucional mediante la cual permiten que el personal incorporado se integre al Servicio de Reten, con el objetivo de familiarizarse con las diversas áreas de trabajo, adquiriendo habilidades, destrezas y conocimientos según las especialidades.. Al término del primer año, me asignan como enfermera asistencial en el Servicio de Neurología 13 "A". En Abril del 2003 me incorporo al que será mi servicio en adelante ubicado en el piso 4°C de Medicina Interna, donde desempeño labores asistenciales, administrativas y de docencia,

Recursos humanos.

El servicio de medicina interna del 4°C, tiene como plana profesional de enfermería 15 licenciada, 11 técnicas de enfermería, cada grupo ocupacional tiene actividades definidas en los procesos. Se labora turnos rotativos:

Mañana de 07 am a 13:20 laboran 05 licenciadas de enfermería 01 jefa ,01 coordinadora, 03 asistenciales y se cuenta con 04 técnicos de enfermería. Tarde: de 13:00 pm. a 19:20 pm laboran 03 enfermeras asistenciales 01 coordinadora, 02 asistenciales y se cuenta con 02 técnicos de enfermería. Noche de 19:00pm a 07:20 am. Laboran 02 licenciadas de enfermería y se cuenta con 02 técnicos de enfermería.

En el área de limpieza se cuenta con personal fijo de SILSA (2).

La atención médica está organizada en 02 grupos, cada uno de ellos atendidos por 03 médicos, los que pasan visita una vez al día de 08am a 2:00 pm.

Descripción del área laboral

El servicio de medicina interna 4 "C" dispone de 39 camas hospitalarias, en ambientes personales y bipersonales, utilizándolos a demanda según sexo.

El 100% de pacientes proceden del Servicio de Emergencia, las edades de los pacientes fluctúan entre los 18 y 90 años, el 60% corresponde al sexo femenino, las edades con mayor incidencia están entre los 69 a 78 años, correspondiendo el 33% de la población., el 70% de los pacientes son mayores de 60 años, constituyendo el grupo más vulnerable.

Siendo un Servicio de Medicina Interna, se admiten pacientes con diversos diagnósticos como patología oncológica, enfermedades crónicas como insuficiencia renal terminal, insuficiencia respiratoria crónica, enfermedades degenerativas, etc.

Funciones desarrolladas en la actualidad:

Funciones específicas del cargo:

1. Aplicar el proceso de atención enfermería (PAE). Teniendo en cuenta las necesidades y problemas bio-psico-sociales del paciente, como parte del tratamiento, recuperación y rehabilitación.
2. Brindar una atención con comodidad y confort, directa, oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a estándares definidos.
3. Participar en el reporte de enfermería
4. Participar en la visita médica con el equipo multidisciplinario.
5. Coordinar, intervenir, verificar y recepcionar documentación y pacientes que ingresen al servicio.
6. Tramitar las transferencias y altas, coordinar el retiro voluntario de pacientes, programación a sala de operaciones, interconsultas, y brindar apoyo en procedimientos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a indicación médica y marco normativo.
7. Controlar y verificar el tiempo de permanencia de los medios invasivos según guías y protocolos establecidos, en el ámbito de su competencia.
8. Efectuar las notas de enfermería en la historia clínica, registros de enfermería en los sistemas informáticos y formularios

- aprobados por la institución, la actualización del kárdex de enfermería y el censo diario de pacientes hospitalizados.
9. Verificar la ubicación, stock, caducidad, etiquetado, lavado, desinfección, esterilización de materiales insumos, ropa hospitalaria, ropa estéril y otros según guías y protocolos, en el ámbito de su competencia.
 10. Preparar física y psicológicamente al paciente programado para procedimientos médico, quirúrgico y de apoyo al diagnóstico, brindar asistencia antes, durante y después de la realización de los mismos según el ámbito de su competencia.
 11. Realizar actividades preventivas promocionales a nivel individual y colectivo en el ámbito de su competencia.
 12. Participar en el diseño y ejecución de proyectos de investigación científica y/o docencia autorizados por las instancias institucionales correspondientes, así como participar en formular y actualizar los documentos e instrumentos de gestión del servicio.
 13. Verificar e informar el cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos asistenciales e instrumental del servicio y velar por su seguridad y operatividad.
 14. Ejecutar y verificar el cumplimiento de las normas y medidas de bioseguridad, limpieza y desinfección concurrente y terminal de

materiales, equipos, para prevenir las infecciones intrahospitalarias.

15. Efectuar actividades y procedimientos asistenciales de enfermería durante el cuidado al paciente según protocolos, guías y documentos de gestión institucionales.
16. Mantener informado al jefe de servicio asistencial de enfermería sobre las actividades que desarrolla.
17. Registrar en la computadora asignada, con los niveles de acceso autorizados, los datos e información para la explotación de los aplicativos informáticos de su ámbito, guardando estricta confidencialidad de las claves y niveles de acceso autorizados.
18. Velar por la seguridad, mantenimiento y operatividad de los bienes asignados para el cumplimiento de sus labores.
19. Cumplir con los principios y deberes establecidos en el código de ética del personal del seguro social de salud (Es Salud); así como, la ley y normas de control interno de las entidades del estado.
20. Realizar otras funciones afines en el ámbito de competencia que le asigne el jefe de servicio asistencial de enfermería.

ÁREA ADMINISTRATIVA:

1. Garantizar una atención con calidad, calidez, comodidad, confort, directa, oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a estándares definidos.
2. Dirigir y participar en el reporte de enfermería
3. Organizar, dirigir y controlar la programación de las actividades asistenciales para el otorgamiento de la atención de enfermería y verificar su cumplimiento.
4. Formular y ejecutar el plan de actividades, capacitación, docencia e investigación, metas del servicio y controlar su ejecución, según normas institucionales.
5. Gestionar y formular, los requerimientos de recursos humanos de enfermería, de bienes estratégicos y no estratégicos, instalaciones, equipos asistenciales y otros, necesarios para la operatividad del servicio asistencial de enfermería.
6. Elaborar, controlar y evaluar la programación asistencial del recurso humano del servicio asistencial acorde con normas vigentes, y realizar las acciones correctivas pertinentes.
7. Constatar que el personal a su cargo cumpla con la verificación del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos asistenciales, instrumental del servicio, velando por su seguridad y operatividad.

8. Elaborar reportes, informes técnicos e indicadores en el ámbito de su competencia y de acuerdo a normas, registrar en los sistemas informáticos establecidos aprobados por la institución, proponer alternativas de mejora cuando corresponda.
9. Elaborar, ejecutar y actualizar los documentos e instrumentos de gestión del servicio y apoyar en la elaboración correspondiente a la jefatura de departamento.
10. Promover actividades de prevención, protección, recuperación de la salud dentro de las actividades del servicio.
11. Verificar y evaluar el cumplimiento de la prevención de infecciones intrahospitalarias, morbilidad y eventos adversos de la atención en el servicio de enfermería.
12. Difundir y verificar el cumplimiento de las normas y medidas de bioseguridad, y limpieza y desinfección concurrente y terminal de materiales, equipos, para evitar las infecciones intrahospitalarias, en beneficio del paciente y personal del establecimiento.
13. Controlar, verificar el cumplimiento y participar en las actividades y procedimientos asistenciales de enfermería durante el cuidado del paciente según protocolos y guías establecidas.
14. Verificar la ubicación, stock, caducidad, etiquetado, lavado, desinfección, esterilización de materiales, insumos, ropa

hospitalaria, ropa estéril y otros según guías y protocolos, en el ámbito de su competencia.

15. Controlar la administración de fármacos, biológicos, hemoderivados según indicación médica.

16. Controlar la ejecución del registro de las notas de enfermería en la historia clínica, los sistemas informáticos, formularios de su uso institucional utilizados en la atención, actualización de kárdex de enfermería y el censo diario de pacientes hospitalizados.

17. Mantener informado al jefe de departamento de enfermería y enfermería supervisora sobre las actividades que desarrolla.

3.3.-Procesos realizados en el tema del informa.

Para el presente informe se ha tomado en cuenta la Teoría de Virginia Henderson por ser un modelo considerado humanista ampliamente difundido por sus características de generalidad, sencillez y claridad.

Enfermería es una profesión genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento, como es el caso de los pacientes en estado terminal, donde generalmente la vida se ve amenazada. Los servicios de medicina de los establecimientos de salud actualmente afrontan una demanda cada vez mayor de pacientes con diagnósticos en

estado terminal, por eso requieren contar con personal competente científica y técnicamente para proporcionar cuidados y agilizar la toma de decisiones mediante una actitud de responsabilidad legal, humanística, ética y de evidencia científica. Esto se logra gracias a la práctica asistencial mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería.

INNOVACIONES- APORTES

Se enfatiza al personal la pertinencia de la aplicación de los postulados de Virginia Henderson al considerar la integración de los componentes biológico, psicológico, social y espiritual de todo enfermo y la atención de los mismos, siendo estos aun más relevantes cuando se trata de enfermos en trance de muerte próxima.

La integración de la familia en la atención y participación activa durante el desarrollo de esta etapa final es un hito importante que no se debe descuidar, induciéndoles a solucionar diferencias interpersonales que pudieron existir, aclarar dudas, perdonarse mutuamente conduciendo a lograr una paz espiritual por ambas partes.

LIMITACIONES

- Tiempo insuficiente para cubrir las atenciones en todos los pacientes debido al número de ellos y exigencias de los otros enfermos con patologías y condiciones de no terminales.

- Carencia de uniformidad en el manejo de este tipo de pacientes pese a existir un manual de procedimientos las profesionales se ven desbordadas por los horarios cortos de programación.
- Poca participación y colaboración de algunos familiares, quienes erróneamente consideran que toda la atención debe ser brindada por el personal de la institución, con frecuencia se asiste a reclamos airados sin considerar que mucho podrían hacer ayudando con simples actitudes.

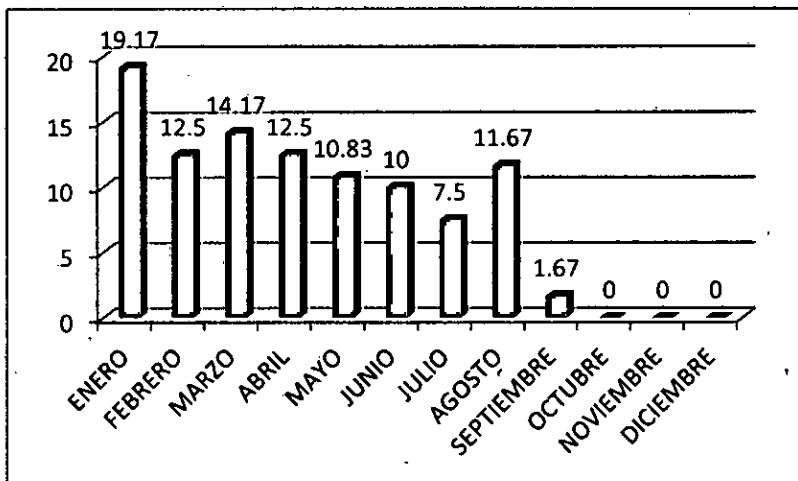
IV. RESULTADO

CUADRO N: 4.1

INGRESOS DE PACIENTES AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4 "C" DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS CON DIAGNÓSTICOS EN ESTADO TERMINAL

	2016	%
ENERO	23	19.17
FEBRERO	15	12.50
MARZO	17	14.17
ABRIL	15	12.50
MAYO	13	10.83
JUNIO	12	10.00
JULIO	9	7.50
AGOSTO	14	11.67
SEPTIEMBRE	2	1.67
OCTUBRE	0	0.00
NOVIEMBRE	0	0.00
DICIEMBRE	0	0.00
TOTAL	120	100

GRAFICO N° 4.1: INGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE MEDICINA



Se puede visualizar en el presente gráfico que la población estudiada constituyen un 20% de pacientes que ingresan al servicio de medicina 4C con diagnóstico de enfermedades en estado terminal

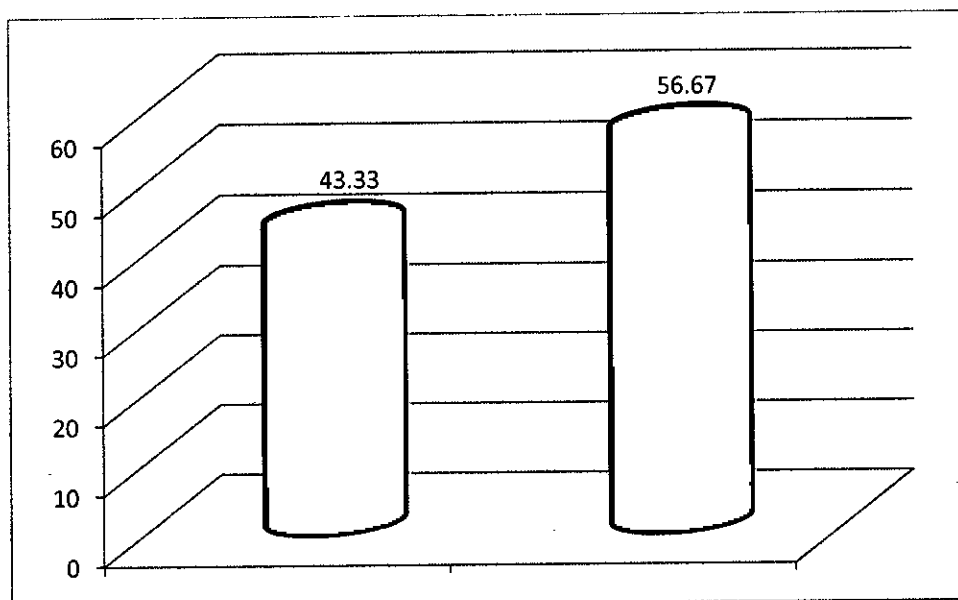
CUADRO N° 4.2

PACIENTE EN ESTADO TERMINAL SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4 "C" DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI AÑO 2015

SEXO		%
M	52	43.33
F	68	56.67
TOTAL	120	100.00

GRAFICO N° 4.2

PACIENTE EN ESTADO TERMINAL SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4 "C" DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI AÑO 2015



Se puede visualizar en el grafico que a la población estudiada se le evaluó **SEXO**, a lo que respondieron, Masculino 43.33% y Femenino 56.67%

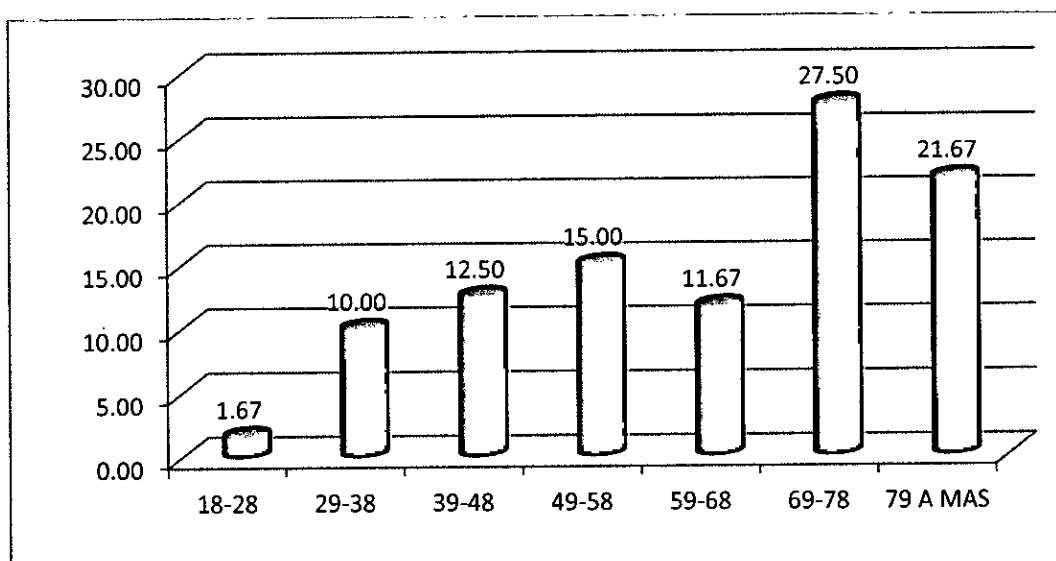
CUADRO N° 4.3

PACIENTE EN ESTADO TERMINAL SEGÚN EDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4 "C" DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI

EDAD		%
18-28	2	1.67
29-38	12	10.00
39-48	15	12.50
49-58	18	15.00
59-68	14	11.67
69-78	33	27.50
79 A MAS	26	21.67
	120	100

GRAFICO N° 4.3

PACIENTE EN ESTADO TERMINAL SEGÚN EDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4 "C" DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI



Se puede visualizar en el grafico que a la población estudiada se le evaluó **EDAD**, a lo que respondieron: 18-28 (2), 29-38 (12), 39-48 (15), 49-58 (18), 59-68 (14), 79 a más (26)

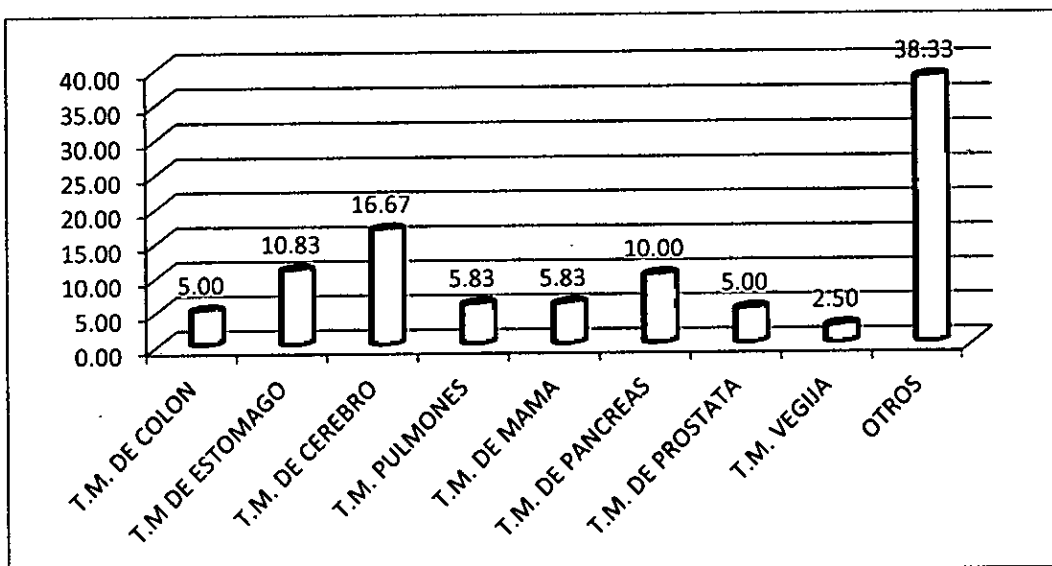
CUADRO 4.4

PACIENTE EN ESTADO TERMINAL SEGÚN DIAGNOSTICO MEDICO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4°C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS.

DIAGNOSTICO		%
T.M. DE COLON	6	5.00
T.M DE ESTOMAGO	13	10.83
T.M. DE CEREBRO	20	16.67
T.M. PULMONES	7	5.83
T.M. DE MAMA	7	5.83
T.M. DE PÁNCREAS	12	10.00
T.M. DE PRÓSTATA	6	5.00
T.M. VEJIGA	3	2.50
OTROS	46	38.33
TOTAL	120	100.00

GRAFICO 4.4

PACIENTE EN ESTADO TERMINAL SEGÚN DIAGNOSTICO MEDICO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4°C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS.



Se puede visualizar en el grafico que a la población estudiada se le evaluó **DIAGNOSTICO**, a lo que respondieron: T.M. DE COLON 6, T.M DE ESTOMAGO 13, T.M. de cerebro 20, T.M. pulmones 7, T.M. de mama 7, T.M. de páncreas 12, T.M. de próstata 5, T.M. vejiga 3 y otros 46

V. CONCLUSIONES

- a) Se tomó como muestra a los pacientes admitidos al servicio de medicina interna 4 "C" durante el 2015. Se admitió 120 pacientes con el diagnóstico en estado terminal de los cuales el 56.67% fueron mujeres y el 43.33% fueron varones, las edades varían entre los 18 a 79 y mas, siendo la mayor población el grupo atareo mayores a 60 años con el 49.17%.
- b) Los cuidados de enfermería se abarca a las necesidades del paciente terminal en el campo biológico, psicológico, social y espiritual.
- c) Los pacientes con diagnóstico en estado terminal, más frecuente fue el de tumor cerebral con un 16.67% y otras enfermedades con diagnósticos médicos bien definidos y/o complicaciones con un 46%.
- d) Es importante que como enfermeras conozcamos y llevemos a cabo técnicas de manejo de información, técnicas de manejo del silencio y estrategias de afrontamiento ante las reacciones del paciente, la familia y el resto del equipo sanitario.

VI. RECOMENDACIONES

- a) La continuidad asistencial es básica para afrontar las múltiples necesidades de los enfermos crónicos y al final de la vida. Para conseguirla, debemos superar las barreras organizativas de los distintos niveles asistenciales, estableciendo mecanismos de coordinación adecuadas.
- b) Los modelos de cuidados físicos, sociales, espirituales deberían basarse en el respeto de la dignidad de todas las personas, así como en la prestación de cuidados.
- c) Las necesidades físicas sociales espirituales deberían tratarse con la misma atención y celeridad que el tratamiento para el dolor y cualquier otro problema social o médico.
- d) Al Servicio de Medicina Interna 4to. "C", todos los miembros del personal deberían mostrarse atentos, sensibles y preparados para reconocer la angustia de cada uno de ellos.

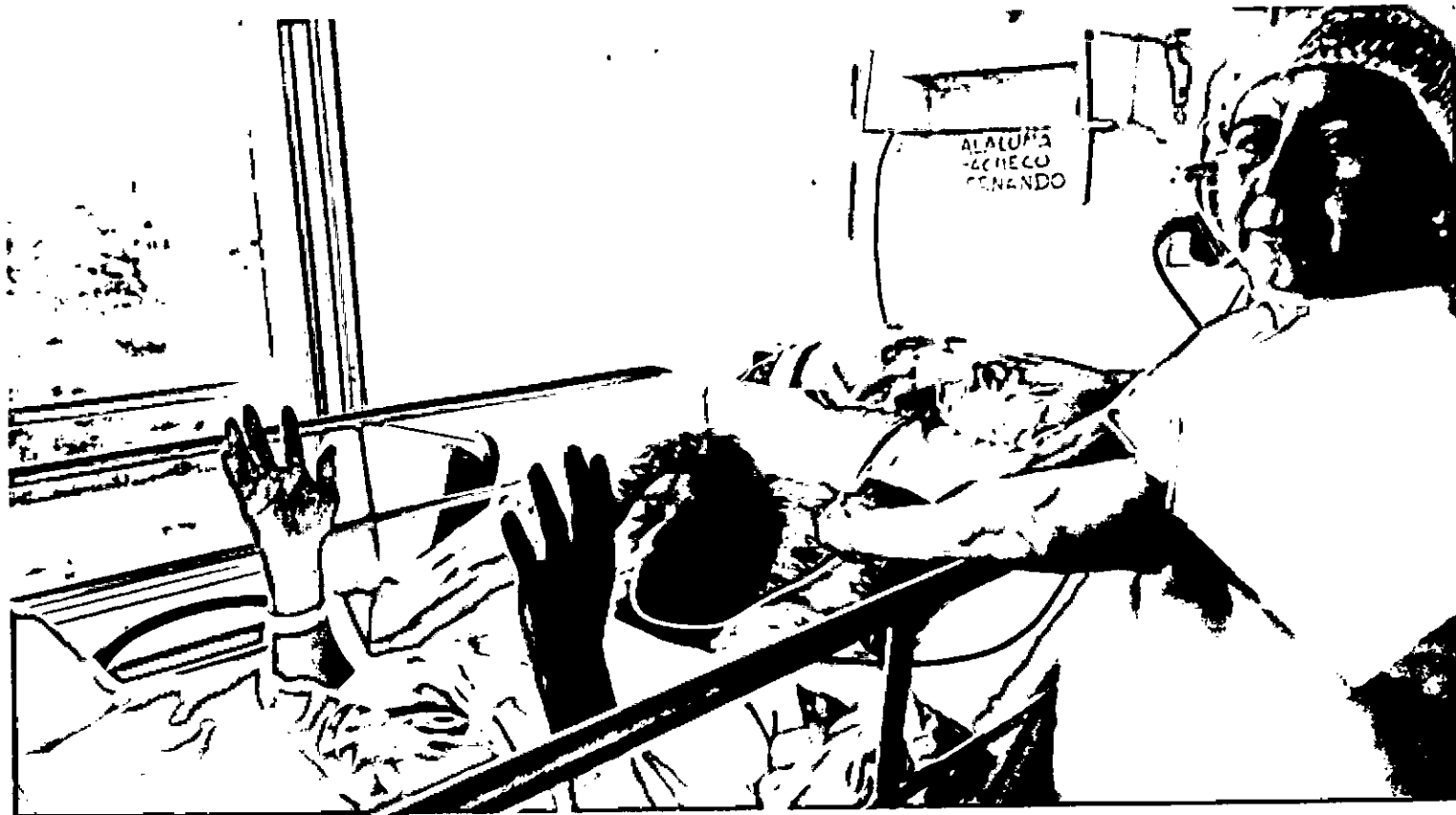
VII REFERENCIALES

- (1) GÓMEZ SANCHO, Marco Atención integral a enfermos terminales, Edith Canarias 2011.
- (2) HENDERSON, Virginia. La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica. México: Mc Grau- Hill interamericana 2014.
- (3) SUAREZ, Elba Elena Cuando la muerte se acerca. Editor Ramón Alvares 2011- 2013.
- (4) ANIORTE HERNÁNDEZ m. 2011 “Experiencia vivida en el trato directo con un enfermo terminal”,
- (5) CASTILLO GARCET Miguel, 2011 en su tesis “Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estado terminal” Cuba.
- (6) BRUNET COLEIL Ramón, 2013 Realizo un estudio “Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida, de los estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña- España.
- (7) MALLMA CONTRERAS Julia Elena 2010-2011 “Vivencias de las enfermeras en el cuidado al paciente moribundo en la UCI del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” LIMA-PERÚ
- (8) OSORIO RIVADENEYRA Yasmin Luisa. 2011-2012 “Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina hospital Nacional Daniel Alcides Carrión “. Callao Perú.

- (9) ALARCÓN SOCA Isabel, 2012 "Necesidades espirituales de los pacientes terminales en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, LIMA- PERÚ
- (10) MARÍA CONSUELO CASTRILLÓN: La dimensión social de la práctica de la enfermera, editorial universal de Antioquia, Marzo 2012
- (11) POLETTI, ROSETTE. Cuidados de enfermería tendencias y conceptos Barcelona 2011.
- (12) GÓMEZ SANCHO m. Control de síntomas, sistema de evaluación, intervención psicosocial en enfermo terminales. (ICPSA) 2004.
- (13) BELLO LUJAN m. Evolución de la mortalidad por cáncer en canarias 2011
- (15) SEBASTIÁN BUSTAMANTE EDQUEN, El cuidado profesional de enfermería. CIUDAD UNIVERSITARIA Trujillo.
- (16) O TOOLE Marie. Editorial Médica Panamericana. Diccionario Enciclopédico de Enfermería. 2012 Disponible en:
<http://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/3811/Diccionario-enciclopedico-de-enfermeria.html>

ANEXOS

IMAGEN N° 1.: ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO PRESCRITO



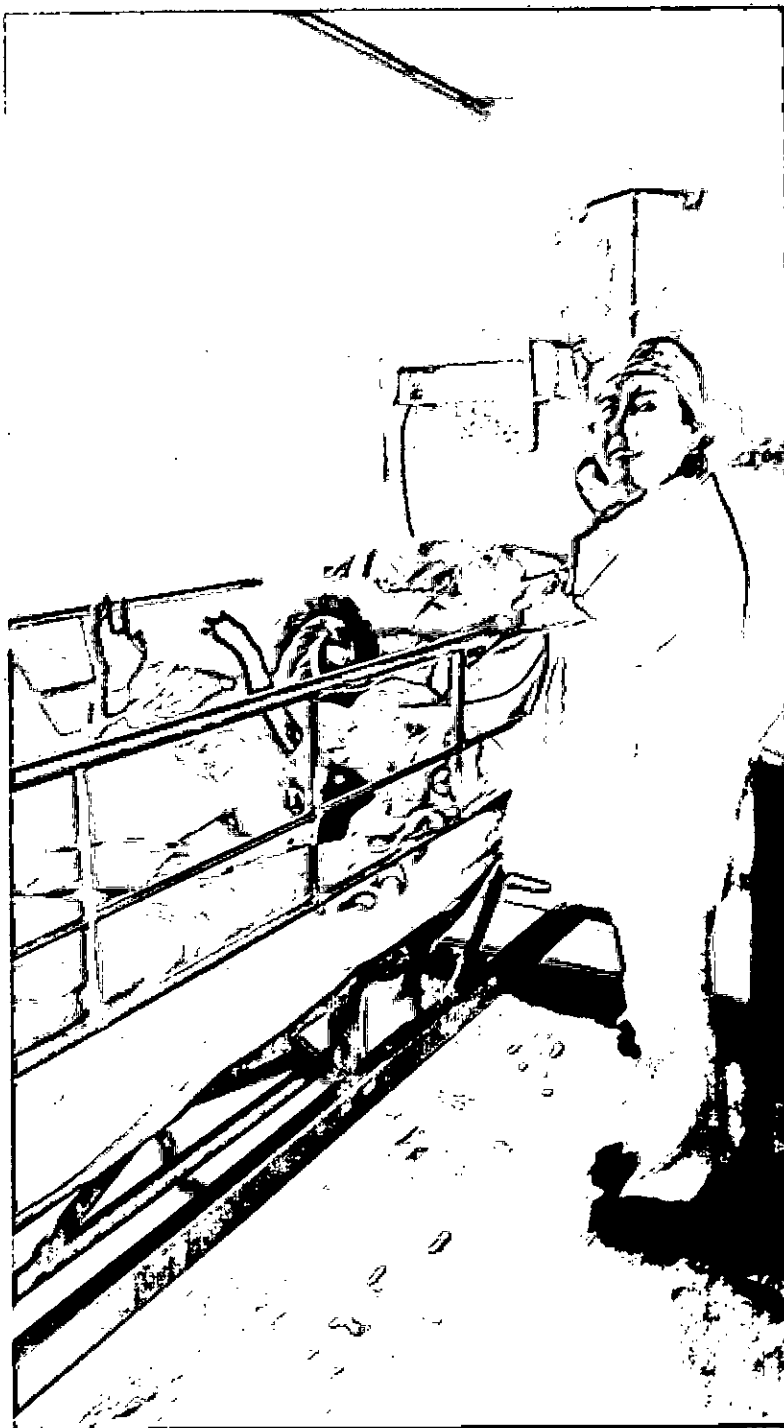
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2016

IMAGEN N° 2.: BRINDANDO APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2016

IMAGEN N° 3.: BRINDANDO COMPAÑÍA Y APOYO PARA EL LOGRO DE SUS OBJETIVOS



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2016

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	NOC RESULTADOS	NIC INTERVENCIONES
<p>ELIMINACIÓN</p> <p>00011 Estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal, aporte insuficiente de fibra en la dieta, actividad física insuficiente.</p>	<p>0501 Eliminación intestinal</p> <p>Indicadores</p> <p>Patrón de eliminación en rango esperado</p> <p>Ausencia de estreñimiento</p> <p>Ingestión a demanda de líquidos</p> <p>Ingestión adecuada de fibras.</p>	<p>0450 Manejo del estreñimiento/impactación</p> <p>Prevención y alivio del estreñimiento</p> <p>-Fomentar ingesta de líquidos siempre que este indicado</p> <p>-poner dieta rica en fibra</p> <p>-Animar al paciente a que deambule</p> <p>-Registrar en la historia clínica las deposiciones</p>
<p>ELIMINACIÓN</p> <p>00011 Patrón de eliminación</p>	<p>-0501 Eliminación Intestinal</p> <p>Eliminación intestinal en rango esperado</p> <p>Controla el aparato intestinal de manera independiente</p>	<p>-180 Manejo del estreñimiento/impactación</p> <p>-Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</p> <p>-Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal. –</p> <p>-Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.</p> <p>- Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes.</p> <p>- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan ser causa del estreñimiento o que contribuyan al</p>

		<p>mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - aconsejar al paciente que consulte con un médico si el estreñimiento o imputación fecal persiste.
<p>1605 Control del dolor</p> <p>160501 Reconoce factores causales.</p>	<p>2301 Respuesta a la medicación</p> <p>230103 Cambio esperado en los síntomas.</p>	<p>. NIC 1400 Manejo del dolor-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenados. - Observar claves no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente. – - Asegurarse que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes. - Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor. - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles). - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la

		<p>experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar los principios del manejo del dolor. - Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. - Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor. - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. - Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor,
<p>1205 Autoestima 120511 Nivel de confianza</p>	<p>1215 Conciencia de uno mismo -Reconoce los valores personales.</p>	<p>5400 Potenciación de la autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar las afirmaciones del paciente sobre su autoevaluación. - Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. - Abstenerse de realizar críticas negativas. - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. - Animar al paciente a evaluar su

		<p>propia conducta.</p> <ul style="list-style-type: none">- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
--	--	---

CUIDADO DE ENFERMERÍA:

Es la interacción entre la enfermera y el paciente generando una acción permanente y sostenida que utiliza para identificar y conocer a fondo las necesidades básicas del paciente teniendo como modelo la teoría de Virginia Henderson que se aplicara al sr humano mediante la valoración teniendo en cuenta en el aspecto biológico, psicológico, social.

BIOLÓGICOS

– Administración de tratamiento prescrito

- Movilización corporal cada dos horas
- Ayudarlo en la ingestión de los alimentos
- Mantener en una posición semifowler o decúbito lateral
- Ofrecer líquidos en pequeñas cantidades cada hora
- Humedecer la mucosa bucal con agua estéril
- Acude al llamado del timbre
- Realiza el baño del paciente
- Proporciona un ambiente con buena ventilación, intimidad y tranquilidad.
- Colocación de pañales protectores
- Prioriza el cuidado del paciente
- Protección de las zonas prominentes de presión

- Revisión sistemática de micción o evacuación
- Dedicar tiempo suficiente en el cuidado que realiza
- Control estricto de líquidos en ingesta y egreso

PSICOLÓGICOS :

- Escucha atenta de sus preocupaciones y prioridades
- Muestra seguridad y continuidad en los cuidados
- Comparte y respeta su silencio
- Refuerza su condición de persona
- Propicia la participación en sus cuidados
- Proporciona información y reduce su temor y ansiedad

SOCIAL

- Respetar la dignidad del paciente
- Brinda compañía y apoyo para el logro de sus objetivos
- Promueve y permite que exprese sus creencias, peticiones y deseos.
- Respetar sus decisiones y deseos
- Propicia la compañía de sus seres queridos
- Facilita la visita del ministro religioso