

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS  
MAYORES EN LA ETAPA FINAL DE LA VIDA HOSPITALIZADOS EN  
LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CENTRAL  
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ- 2016**

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

**DELIA FLOR RUIZ TORRES**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Delia', is located to the right of the author's name.

**Callao, 2017  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA                      PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA                                SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO        VOCAL

**ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ**

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 383-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 27/10/2017

Resolución Decanato N° 2745-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	44
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	46
3.1 Recolección de Datos	46
3.2 Experiencia Profesional	46
3.3 Procesos Realizados del Informe	47
<b>IV. RESULTADOS</b>	51
<b>V. CONCLUSIONES</b>	54
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	55
<b>VII. REFERENCIALES</b>	56
<b>ANEXOS</b>	57

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, en el departamento de Geriátría y Gerontología, en la unidad de cuidados paliativos la población atendida es FAP, titulares esposos, hijos y pacientes de clínica, actualmente el hospital cuenta con 18 departamentos distribuidos por servicios y unidades pertenecientes al Ministerio de Defensa.

El Hospital Central FAP cuenta con el departamento de geriatría y gerontología que se encuentra en el edificio II, el cual cuenta con 5 niveles de atención que son: consultorios externos, la UGA, HODIGE, ADOGE, y cuidados paliativos que cuenta con 5 ambientes bipersonales con capacidad para 10 pacientes y un oratorio para los familiares de los pacientes en fase terminal, y el programa de cuidadoras, está bajo la dirección de la jefatura médica, supervisora de sector, jefa de servicio y enfermeras asistenciales, los pacientes atendidos alcanza un promedio mensual de 864.

En la unidad de cuidados paliativos la atención es personalizada, se brindan los cuidados al final de la vida permitiendo que el paciente no sufra, no tenga dolor y no se llene de secreciones, para que llegado el momento del fallecimiento este tranquilo brindando una muerte digna, se trabaja también con la familia, así mismo se permite que permanezcan con su familiar las 24 horas del día se les brinda apoyo biopsicosocio-espiritual.

Descrito en siete capítulos:

Capítulo I contiene: planeamiento del problema, objetivos y justificación, capítulo II marco teórico, antecedentes, marco conceptual y definición de términos, capítulo III experiencia laboral, recolección de datos, experiencia profesional y procesos realizados en el tema del informe, capítulo IV resultados, capítulo V conclusiones, capítulo VI recomendaciones y capítulo VII referenciales.

Finalmente, los anexos que demuestran evidencias en las intervenciones de enfermería en el servicio de geriatría y gerontología.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la Situación Problemática

La norma técnica oncológica del Ministerio de Salud Publicado en el diario el peruano, N 001- INEN/DIMED-DEM-V.01,(14 de marzo 2016) indica que es la aplicación en los establecimientos de salud (Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales) y constituye un documento normativo referencial para ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú e instituciones privadas del Sector Salud en el ámbito Nacional que cuenten o deseen implementar la unidad prestadora de servicios de salud (UPSS) de cuidados paliativos oncológicos según nivel de atención y capacidad resolutive.(1)

El servicio de cuidados paliativos brinda atención y cuidados a pacientes al final de la vida.

La importancia de la intervención de enfermería es fundamental en los procesos operativos y de apoyo, concerniente a la atención directa de salud y a Atenciones de soporte.

La O.M.S. los cuidados paliativos como el cuidado activo total de los enfermos cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo más aún si está en fase avanzada y progresiva .En esta etapa las metas principales pasan a ser el alivio y la prevención del sufrimiento ,la identificación precoz y el tratamiento impecable del dolor y de otros problemas físicos ,psicosociales y espirituales ,colaborar para que el paciente y la familia acepten la realidad y procurar conseguir la mayor calidad de vida evitando el uso de medidas desesperadas como el encarnizamiento terapéutico

Los cuidados paliativos como conjunto de medidas medico sociales destinados a mejorar la calidad de vida de los enfermos en fase terminal y apoyar a su familia considera dos premisas importantes. Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2010

En el Perú la Sociedad de Cuidados Paliativos da a conocer que no hay acreditación oficial ni proceso en marcha para certificar a los médicos ni enfermeras dedicadas a los cuidados paliativos.(2)

En el país trabajan 23 médicos especialistas en cuidados paliativos registrado en la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos pero no están acreditados oficialmente los cuidados paliativos no están presentes en todo el territorio, pero se han iniciado políticas de integración destinadas a (1994). Perú. Perfil socio demográfico del Perú. Recuperado el 27 de agosto de 2012 de <http://inei.gob.pe>.

En el Hospital Central De La Fuerza Aérea Del Perú se brinda atención exclusiva y personalizada a paciente adultos mayores oncológicos y no oncológicos en la etapa final de sus vidas logrando que sea con dignidad, que no tengan dolor con la correcta administración de tratamiento ya sea oral o parenteral, que nos les falte el oxigeno, que no tengan secreciones ayudándolos con las aspiraciones por boca, administramos las dietas por vía oral y S.N.G. ,curaciones de UPP y otras heridas, cambios de sondas, entre otros como brindar confort y seguridad no solo al paciente sino también a la familia que no está preparada ni acepta la realidad es muy difícil para ellos(y para todos); sufren un estados de crisis situacional al tener a un familiar en la unidad de cuidados paliativos lo cual les genera sentimientos de angustia, profunda tristeza, desesperación, impotencia. En esos momentos la familia se aferra y se acerca más a DIOS independientemente de su credo, esto les ayuda a aceptar y a superar

la pérdida de sus seres queridos. En la unidad realizamos mucha oración con la familia y el paciente incluso cuando fallece, se coordina para que el sacerdote o capellán visiten al paciente y se confiesen, les de la unción del enfermo y los santos oleos, cuando el capellán no puede visitarlos la familia puede traer un sacerdote o pastores (de acuerdo a su credo o religión).

En relación al recurso humano cuenta con personal especializado y con experiencia en el área (80%) y el (20%) del personal que labora en las diferentes áreas se encuentra en proceso de especialización y entrenamiento, en relación a los recursos y material cuenta con equipamiento pero no con oxígeno empotrado, es traído del edificio I, tampoco se cuenta con farmacia interna.

Sin embargo mi experiencia me ha permitido identificar ciertas debilidades debido a la falta de recursos humanos no permitiendo así satisfacer las necesidades del paciente en esta etapa al final de la vida.

Esta realidad me permitió analizar y plantear la siguiente interrogante.

¿Es importante la intervención de Enfermería en pacientes adultos mayores en la etapa final de la vida en cuidados paliativos del Hospital Central De La Fuerza Aérea Del Perú 2016?

## **1.2. Objetivo**

Describir el informe de experiencia laboral en la intervención de enfermería a los pacientes Adultos Mayores en la etapa final de la vida hospitalizados en la unidad de cuidados paliativos del Hospital Central De La Fuerza Aérea Del Perú 2016.

### **1.3. Justificación**

Se destaca el área de oportunidad en el cuidado paliativo del adulto en edad avanzada, planteando una gama de posibilidades para implementar los cuidados por situación vital con base en sus necesidades y teniendo como objetivo la conservación de la calidad de vida, la dignidad de la persona, su rehabilitación y la de su familia. Para esto, se debe considerar que el adulto en edad avanzada se enfrenta una declinación gradual y progresiva a medida que envejece y enferma, y que necesita este tipo de cuidados que prodiguen la atención en el control de síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales, Asimismo, se deben enfrentar los retos para llevar a cabo este tipo de acciones en el domicilio con medidas de promoción, prevención y fomento. Es necesario asegurar que los adultos de edad avanzada y sus familiares reciban asesoría por el personal multidisciplinario de la salud para el cuidado en casa.(3)

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer las intervenciones de enfermería en pacientes adultos mayores terminales, actividad fundamental en la atención integral del paciente en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú 2016.

Este informe beneficiara al paciente, a los familiares, a la institución, tanto al servicio y a los profesionales de enfermería que están al cuidado de los pacientes en la etapa final de su vida.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes Nacionales

En la búsqueda de información efectuada por las fuentes primarias y secundarias encontré información relacionada con mi trabajo de informe laboral, siendo estas las siguientes:

ALARCÓN, I. Necesidades Espirituales de los Pacientes Terminales del Servicio de Medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2013 en su estudio de investigación tuvo como 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 í –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 En las consideraciones finales se resalta lo siguiente: 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. (4)

MERA, Catherine. En su estudio de investigación titulado El cuidado de enfermería a la familia y paciente moribundo. Lima; 2007. El cuidado de enfermería a sido influenciado por la idea de preservación de la vida, hemos respondido a nuestro deber ayudando al individuo a alejarse de la enfermedad, mediante la prevención, tratamiento y recuperación de la salud; Sin embargo no siempre los cuidados de enfermería, ni la atención médica logran restablecerla y la vida no logra mantenerse, siendo para estas situaciones necesario y oportuno ,conocer otros aspectos humanísticos y espirituales que puedan reforzar la actuación de enfermería , fundamental y acertada para brindar a los familiares y al propio paciente la comodidad , tranquilidad e integración familiar , en los momentos finales de su vida . La enfermería no debe de alejarse de la idea de humanismo e integridad de la persona, y mucho menos en un momento tan espiritual como es la muerte, el apoyo al bien morir, sentir la muerte como una etapa que requiere nuestra atención y no como el final de la vida, el apoyo a la familia en el alivio de las aflicciones, son tareas que debemos de trabajar para el mejoramiento y fortalecimiento de enfermería como una ciencia basada en el humanismo Es por ello que el presente estudio titulado "El cuidado humanizado a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería de la

UNMSM 2007” tuvo como objetivo: Describir como es el cuidado humanizado de enfermería al paciente moribundo y la familia y plantear como debería de ser el cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo. El estudio es de nivel aplicativo, de tipo cualitativo, los informantes fueron 16 estudiantes del último año de la carrera de enfermería de la UNMSM, el instrumento utilizado fue la entrevista a profundidad. Las consideraciones finales a las que se llegaron fueron : El cuidado humanizado que se viene dando a la familia y paciente moribundo es indiferente, discriminante e insolente; El cuidado humanizado debería basarse en la integralidad de la persona y en la relación de dos seres que se reconocen como humanos mutuamente; El cuidado humanizado debería tener seis características el afecto, conocimiento, comunicación verbal y no verbal , la participación familiar, el respeto, y la consideración de las creencias religiosas. y científicidad. (5)

### **2.1.2. Antecedentes Internacionales**

CASTAÑEDA, R. en su tesis titulada Revisión documental en América Latina de la aplicación de los principios de Childress y Beauchamp en el cuidado paliativo oncológico brindado por enfermería. Colombia; 2016. La presente investigación tiene como objetivo llevar a cabo una revisión documental que permita identificar y describir la aplicación de los principios bioéticos de Childress y Beauchamp de los últimos catorce años, en el cuidado que brindan las enfermeras al paciente en Cuidado Paliativo oncológico en América Latina. Para ello se realizó una revisión de las siguientes bases de datos: Ebsco Host, Scielo, Radalyc, MecLatina, Science Direct. La búsqueda de documentos en las diferentes bases de datos evidenció como resultado un total de 96 artículos, en el período de 1999 a 2013. Del total de artículos se seleccionaron 26 que

cumplieron con los criterios establecidos. Las palabras claves seleccionadas para esta investigación son: ética, bioética, paciente terminal, Cuidados Paliativos, paciente oncológico, Enfermería y América Latina. Posterior a ello se tuvo en cuenta cada uno de los principios Bioéticos, se llevó a cabo una categorización de cada uno de ellos de acuerdo a su significado, se elaboró un cuadro comparativo y se procedió a realizar análisis concluyendo: que es importante que los profesionales de enfermería adquieran mayores conocimientos éticos, bioéticos y de cuidado paliativo para la búsqueda efectiva de los principios bioéticos y su aplicabilidad, el tema de la comunicación sigue siendo relevante, si tenemos en cuenta que si no hay un verdadero proceso de comunicación resulta imposible que una persona pueda decidir de manera libre y responsable, también se destaca la importancia de equipos interdisciplinarios que trabajen coordinados cuando ofrecen cuidado al paciente en fase paliativa de la enfermedad. Se dice que es importante que el tratamiento sea integral en pacientes terminales en fase paliativa, desde el control de síntomas y el fomento del bienestar emocional con tratamiento farmacológico y apoyo psicosocial hasta la conservación de la autonomía y la preparación del paciente para una muerte digna y apropiada. (6)

PELÁEZ A, Elena. En su trabajo de investigación titulado: Enfermería ante la muerte Importancia de la formación ante este proceso. España; 2016.

La muerte es la consecuencia inevitable de la vida e inherente al ser humano, sin embargo sigue siendo un tema tabú en muchas culturas. Los profesionales de enfermería deben mostrar una correcta actitud ante la muerte para así, poder apoyar y acompañar a los pacientes moribundos y a sus familiares, facilitando el proceso de duelo. La formación en este tema es fundamental y necesaria para proporcionar

unos cuidados de calidad, puesto que, es la enfermera la que acompaña al paciente durante este proceso. Existe una especialidad dedicada a evitar el sufrimiento y facilitar el morir con dignidad, los cuidados paliativos. La muerte está cada vez más presente en el ámbito hospitalario y la formación de las enfermeras es escasa, por ello la importancia de realizar una revisión bibliográfica y conocer la información disponible acerca de este tema. Material y Métodos: Se utilizaron las bases de datos DIALNET, Scielo, BVS, EnFisPo y Cuiden, en los meses de febrero y marzo de 2016. Tras la revisión de numerosos artículos se seleccionaron 16 que cumplían los criterios de inclusión. Resultados y Discusión: Los resultados se estructuraron en diferentes apartados. Respecto a la actitud predominaron los sentimientos negativos y el rechazo a la muerte. Los mecanismos de afrontamiento más utilizados fueron el apoyo en sus familiares y el distanciamiento. El trato con las familias fue escaso o estuvo condicionado por la falta de preparación. Los factores más influyentes en las actitudes fueron la experiencia, la edad del fallecido y el contexto hospitalario. Por último, hay unanimidad en cuanto al pensamiento de que los profesionales de enfermería no están suficientemente formados. Conclusiones: Sería deseable la realización de nuevas investigaciones que reflejen la realidad acerca de este tema. (7)

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1. Cuidados Paliativos**

El término "paliativo" deriva de *pallium*, palabra latina que significa "capa", capote. Etimológicamente, significa proporcionar una capa para calentar a "los que pasan frío", toda vez que no pueden más ser ayudados por la medicina curativa. Respecto de la esencia de su concepto, se destaca el alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en los pacientes que sufren de enfermedades crónico-degenerativas o están en la fase final, y se trata al paciente en su globalidad de ser y buscando mejorar su calidad de vida.

Estos cuidados no dicen primordialmente relación con los cuidados institucionales, pero consisten básicamente en una filosofía que se puede utilizar en diversos contextos e instituciones, es decir, en el domicilio de la persona, en la institución de salud, en el hospicio o en una unidad específica destinada exclusivamente para este propósito dentro de la institución de salud.

Según Cicely Saunders, los "cuidados paliativos se han iniciado desde el supuesto que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura y de que merece respeto, como un ser único y original. Esto incluye proporcionar el mejor cuidado médico posible y poner a su disposición las conquistas de las últimas décadas, de forma que todos tengan la mejor posibilidad de vivir bien su tiempo". Los cuidados paliativos fueron definidos, entonces, teniendo en cuenta no un órgano, edad, tipo de enfermedad o de patología, sino, ante todo, la evaluación de una diagnosis probable y de posibles necesidades especiales de la persona enferma y de su familia.

Por tradición, fueron considerados como aplicables exclusivamente en momentos de muerte inminente; sin embargo, estos cuidados se ofrecen hoy desde el período inicial del curso de una determinada enfermedad progresiva, avanzada e incurable.

En 1987, la medicina paliativa fue reconocida como una especialidad médica, siendo definida como "el estudio y gestión de los pacientes con enfermedad activa, gradual y ultra-avanzada, para la cual es limitado el pronóstico y la aproximación del cuidado es la calidad de vida". Inicialmente, este concepto apareció incorporado a las prácticas médicas. Sin embargo, cuando otros profesionales -como enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiólogos o capellanes- están implicados, se refiere más a cuidados paliativos que a medicina paliativa, porque tal cuidado es casi siempre multiprofesional o interdisciplinario. El Manual de Medicina Paliativa de Oxford, en su tercera edición (2005), aunque hace esta distinción conceptual, utiliza los dos conceptos como sinónimos.

El hospicio, antes de un lugar físico, es un concepto; es una filosofía y un modelo del cuidado, así como una forma organizada de proporcionar atenciones de salud. La filosofía del hospicio amplió su alcance en el transcurso de un tiempo, al incluir a personas que están muriendo no solamente de cáncer, sino de muchas otras enfermedades con pronósticos de menos de seis meses de vida, más allá de quienes pasan por el proceso largo, crónico e imprevisible.

En 1990 la OMS definió cuidados paliativos como "el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de

los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares".

Esta definición es digna de elogio porque se centra en el paciente, destaca la naturaleza múltiple de la condición humana e identifica la calidad de vida como su objetivo último. El uso del término "curativo" no se justifica, toda vez que muchas condiciones crónicas no pueden ser curadas, pero pueden ser compatibles con una esperanza de vida por algunas décadas.

La OMS definió además, en 1998, los cuidados paliativos para los niños y sus familias -cuyos principios se aplican también a otros trastornos pediátricos crónicos. Esta misma organización internacional redefinió en 2002 el concepto acentuando la prevención del sufrimiento.

Es importante observar que no tienen que ser considerados esencialmente diferentes de otras formas o áreas de cuidados de la salud. La distinción tornaría difícil y hasta imposible su integración en el curso regular de la atención. Muchos aspectos cruciales de estos cuidados se aplican perfectamente a la medicina curativa, así como, por otra parte, su desarrollo puede influir positivamente sobre otras formas de cuidado de la salud, al valorar aspectos tradicionalmente subordinados por la medicina tecnocientífica, por ejemplo, la dimensión ético-espiritual de las personas.

### **Principios de base**

Los cuidados paliativos:

- Valorizan alcanzar y mantener un nivel óptimo de control del dolor y la administración de los síntomas. Esto exige una evaluación

cuidadosa de cada persona enferma, considerando su historia detallada, su examen físico y otras indagaciones. La gente enferma debe tener acceso inmediato a toda la medicación necesaria, incluyendo una gama de opioides y de fórmulas farmacéuticas.

- Afirman la vida y entienden el morir como proceso normal. Lo que los seres humanos tenemos en común es la realidad inexorable de la muerte. Los pacientes que solicitan cuidados paliativos no tienen que ser vistos como el resultado de imperfecciones médicas. Estos cuidados tienen como objetivo asegurar a las personas enfermas condiciones que las capaciten y las animen para vivir su vida de una forma útil, productiva y plena hasta el momento de su muerte. La importancia de la rehabilitación, en términos del bienestar físico, psíquico y espiritual, no puede ser descuidada.
- No apresuran ni posponen la muerte; no deben acortar la vida "prematuramente", al igual que las tecnologías de la moderna práctica médica no se aplican para prolongar la vida de forma no natural. No obligan los doctores a emplear indefinidamente tratamientos considerados fútiles o excesivamente onerosos para los pacientes; así también los pacientes pueden rechazar los tratamientos médicos. En cuidados paliativos el objetivo es asegurar la mejor calidad de vida posible y, de ese modo, el proceso de la enfermedad conduce la vida a un extremo natural. Específicamente, la eutanasia y el suicidio asistido no se incluyen en ninguna definición de estos cuidados.
- Integran aspectos psicológicos y espirituales en los cuidados al paciente. Un alto nivel de cuidado físico es, ciertamente, de importancia vital, pero no suficiente en sí mismo. La persona humana no tiene que ser reducida a una simple entidad biológica.

- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de su muerte. El paciente establece los objetivos y las prioridades, y el profesional de la salud debe capacitarlo y atenderlo para alcanzar su objetivo identificado. Las prioridades de un paciente pueden cambiar dramáticamente con el tiempo, pero el profesional debe ser consciente de estos cambios y atender a ellos.
- Ayudan a la familia a ocuparse de la enfermedad del paciente y del duelo. La familia es una unidad de cuidados y, por eso, las dudas y dificultades de sus miembros deben ser identificadas y atendidas. El duelo se inicia antes del momento de la muerte de la persona enferma.
- Exigen trabajo en equipo. Ninguna especialidad por sí misma prepara adecuadamente al profesional para ocuparse de la complejidad de las dudas pertinentes a este período. Aunque el equipo central consiste en un médico, una enfermera y un asistente social, es importante contar con un equipo más grande de profesionales del área médica: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, entre otros. Para que este grupo trabaje de forma integrada, es crucial establecer metas y objetivos comunes, así como usar medios rápidos y eficaces de comunicación.
- Buscan mejorar la calidad de vida, concepto que sólo puede ser definido por la persona enferma y que se puede modificar perceptiblemente en el curso del tiempo.
- Son aplicables en el período inicial de la enfermedad y concomitantes con sus modificaciones y con las terapias que prolongan la vida. Se exige entonces que estén íntimamente

integrados a los otros servicios de salud, en el hospital o en instituciones comunitarias.

Desde los principios antes descritos se evidencia que los cuidados paliativos se definen no sólo a partir de un tipo determinado de enfermedad, sino que, potencialmente, se aplican a pacientes de todas las edades, basados en una evaluación específica de su diagnóstico y necesidades probables. Además, tienen como foco central alcanzar la mejor calidad de vida posible para cada paciente y su familia, lo que implica la atención específica en lo referente al control de los síntomas y la adopción de un acercamiento holístico que tome en cuenta las experiencias de la vida de la persona y su situación actual. Abarcan la persona que está muriendo y sus prójimos -familiares y amigos-, exigiendo una atención especial en la práctica de una comunicación abierta y sensible con los pacientes, familiares y cuidadores.

### **Cuestiones éticas**

Las cuestiones éticas implicadas en cuidados paliativos se basan en el reconocimiento de que el paciente incurable -o en fase terminal- no es un residuo biológico sobre el cual ya no se puede hacer más, y cuya vida no debe ser prolongada innecesariamente. Estamos siempre delante de una persona y, como tal, capaz de relación hasta el momento final y de hacer de la vida una experiencia de plenitud y crecimiento.

Los profesionales deben reconocer los límites de la medicina y prevenir el exceso de tratamiento -la llamada "distanasia"- o el tratamiento fútil. Es importante desafiar la ilusión de que existe solamente una forma de ocuparse del dolor y del sufrimiento: la

eliminación de los enfermos. Es necesario acentuar que el llamado "dolor total" -concepto acuñado por Cicely Saunders- no se puede tratar solamente a través de instrumentos técnico-científicos. En el caso del "dolor total", la eficacia de analgésicos se relaciona con la posibilidad de incluir el tratamiento médico en el contexto de relaciones humanas significativas, afectivas.

Los médicos y otros profesionales del cuidado deben respetar la *autonomía* del paciente, aceptando sus prioridades y sus objetivos, no ocultando la información solicitada por el paciente y respetando sus deseos de no ser tratado cuando esta intervención es sólo una prolongación del proceso de morir. Deben medir cuidadosamente las ventajas del tratamiento (*beneficencia*) y evaluar los riesgos y beneficios de cada decisión clínica (*no-maleficencia*) para prevenir el tratamiento fútil, que no se condice con los objetivos de la prevención: cura, cuidado, rehabilitación y superación del dolor.

Esta perspectiva de la bioética principialista norteamericana puede ser insuficiente en esta área de los cuidados de la salud. Las éticas del cuidado y de las virtudes se presentan como apropiadas y necesarias en cuidados paliativos. Las primeras enfatizan esencialmente la naturaleza vulnerable y dependiente de los seres humanos, por lo tanto, destacan no sólo el proceso de decidir, sino también la calidad de las relaciones: por ejemplo, continuidad, apertura y confianza. Las éticas de las virtudes critican el acercamiento ético basado en las decisiones desde el carácter, acentuando la importancia de acciones virtuosas.

Los pacientes con enfermedades avanzadas o en estado terminal tienen los mismos derechos básicos que los otros pacientes, por ejemplo, el derecho de recibir los cuidados médicos apropiados, de

ayuda personal y de ser informados. Pero, también, les asiste el derecho de rechazar los procedimientos de diagnóstico y/o tratamientos cuando éstos nada agregan frente a la muerte prevista; sin embargo, la denegación del tratamiento no tiene que influir en la calidad de los cuidados paliativos. Más aún, tienen el derecho al grado máximo de respeto por su dignidad y a la mejor analgesia disponible para el dolor y el alivio del sufrimiento.

Aunque la realidad de cada país siempre tiene sus particularidades socio-político-culturales es siempre enriquecedor considerar como fuente de inspiración lo que se hace en otros países. Por ejemplo, lo que la Asociación Húngara de Hospicios y Cuidados Paliativos propone en términos de principios éticos:

1. Los miembros del equipo de cuidados deben respetar la *autonomía* de los pacientes al aceptar sus prioridades y objetivos, así como hablar de las opciones del tratamiento. Formular en común el plan de cuidados, nunca ocultar la información que el paciente desea recibir, proveer sus necesidades de información sobre cualquier tratamiento y, también, respetar la opción de abandonarlo.
2. El equipo de cuidados debe evaluar las ventajas y riesgos del tratamiento (*beneficencia*), evaluar los riesgos en lo referente a las ventajas de cada decisión clínica (*no-maleficencia*), entender que el paciente tiene derecho al más alto estándar de cuidado en el contexto de los recursos disponibles y juzgar las decisiones en el contexto de la asignación y el uso de recursos (*justicia*).
3. Los derechos fundamentales de los pacientes que están en el final de la vida son: recibir la asistencia médica necesaria, ser respetado en su dignidad y ser apoyado y cuidado en sus necesidades. Además, tienen derecho al alivio del dolor y del sufrimiento, a ser

informados, a la autodeterminación y a la suspensión de tratamientos.

4. El paciente tiene el derecho de recibir información detallada respecto de su estado de salud, sobre cualquiera evaluación médica, examen y oferta de intervenciones en lo que respecta considerar las ventajas, los riesgos y las operaciones potenciales, así como la decisión sobre tales exámenes e intervenciones. Por otra parte, el paciente tiene el derecho de recibir información respecto de cualquier procedimiento o método alternativo, así como del proceso del tratamiento y los resultados esperados.
5. Los pacientes tienen el derecho de participar en las decisiones relacionadas con sus cuidados de salud, es decir, exámenes y tratamiento considerados. El consentimiento informado del paciente es un requisito anterior a cualquier intervención médica.
6. En el caso de que el paciente sufra de una enfermedad considerada incurable y terminal, que -de acuerdo con el conocimiento médico actual- conducirá probablemente a la muerte en un período de tiempo corto, se pueden rechazar éticamente intervenciones de mantenimiento o de rescate de la vida, y dejar que la enfermedad siga su curso natural. En caso de incapacidad, el paciente puede designar a otra persona para el ejercicio de ese derecho. Esta declaración se puede anular en cualquier momento si el paciente así lo desea.
7. De cada acto y decisión se debe dejar constancia en forma escrita.

## **Investigación y cuidados paliativos**

Es necesario un pronunciamiento especial respecto de la investigación en cuidados paliativos, toda vez que es parte integrante del desarrollo de estos cuidados.

Gracias a la investigación tenemos progresos importantes en el campo del dolor y la administración de los síntomas. Muchas prácticas paliativas, sin embargo, se basan en evidencias históricas y, en muchos casos, sin la necesaria fundamentación con métodos científicos.

El reclutamiento de pacientes para un determinado estudio es difícil y exige mucho tiempo debido a la propia naturaleza de la atención. Por otra parte, existen características clínicas definitivas que complican la investigación en este campo:

- Los pacientes son, con frecuencia, personas viejas que sufren de una cierta condición que afecta muchos sistemas del cuerpo y no solamente un órgano. Esa condición es comúnmente severa y presenta muchos síntomas simultáneos.
- La enfermedad es gradual y sus síntomas cambian muy rápidamente, sobre todo, en los períodos finales.
- El tiempo de supervivencia es limitado y el uso de variada medicación es frecuente.

La investigación en pacientes en fase terminal ha sido éticamente cuestionada, en especial debido a la vulnerabilidad de este grupo de pacientes y de su inhabilidad para participar en el proceso de decisión. Existe alta incidencia de problemas cognitivos y dificultades para lograr su asentimiento libre e informado, toda vez que se produce

fácilmente dependencia de la institución en donde son cuidados, sensaciones de gratitud, entre otros elementos.

Tales desafíos no son específicos de esta área, sino también de otras, como la geriatría y la medicina intensiva, pero eso no justifica insertar los cuidados paliativos en una categoría especial. La investigación en esta área debe respetar los principios éticos consagrados internacionalmente, que gobiernan cualquiera investigación clínica. Sin embargo, debe ponerse atención al proceso de evaluación de riesgos y ventajas de un proyecto de investigación determinado, cuya interpretación puede variar mucho según el período de progresión de la enfermedad. Los objetivos del cuidado cambian con frecuencia en los períodos finales y, en éstos, la calidad de vida es la prioridad mayor.

### **Cuidados paliativos en geriatría/gerontología**

El informe europeo de la Organización Mundial de Salud sobre cuidados paliativos afirma enfáticamente que "existen evidencias considerables de que la gente envejecida sufre innecesariamente debido a una carencia de evaluación y de tratamiento generalizados de sus problemas y a la falta de acceso a los programas de cuidados paliativos".

La medicina geriátrica emergió del aumento extraordinario de la esperanza de vida de la población y continúa creciendo en la época actual. Este aumento significativo del tiempo de vida es una gran conquista, atribuida en parte a los avances de la civilización, estándares de vida, salud pública y la creciente intervención de cuidados médicos. La medicina geriátrica reconoció los procesos fisiológicos básicos del envejecimiento, sin embargo, los especialistas

médicos en la compañía y cuidado de la gente de avanzada edad necesitaron ir más allá del sistema de la enfermedad y del órgano único -o sea, sobrepasar la óptica de una única especialidad- para considerar la intervención de enfermedades crónicas y medicaciones múltiples, más allá de un estado fisiológico altamente cambiante. Hace un cuarto de siglo los geriatras recusaban con frecuencia a los especialistas, alegando que las tecnologías invasivas no beneficiarían a sus pacientes y que éstos y sus familiares preferían un acercamiento más conformista de aceptación de la muerte.

Esta escena se alteró mucho en la actualidad, de tal forma que el papel más frecuente de los geriatras ha sido hablar con los especialistas renuentes o intervencionistas acerca de si, a los 95 años, una mujer tiene una buena posibilidad de beneficiarse de un procedimiento quirúrgico o de una intervención de rehabilitación. La geriatría trabaja más en el proceso de convencer a los médicos que no sean fatalistas cuando están delante de pacientes envejecidos, sino que busquen, de forma asertiva, los problemas tratables, la mejora de la calidad de vida, enfatizando que la base de todo es el paciente en su humanidad y dignidad.

Los cuidados paliativos también son, irónicamente, una "nueva especialidad", que surge del reconocimiento de las conquistas de la tecnología médica moderna. Ésta, aunque ha salvado muchas vidas, no puede irrespetar la dimensión de la mortalidad y de la finitud humana. Los pioneros en cuidados paliativos reconocen la importancia de las raíces históricas de la medicina y de la enfermería en el cuidado de los moribundos, aliviando el dolor y el sufrimiento, buscando contestar las preguntas e incluyendo a la familia como unidad de cuidados junto con los pacientes en el final de la vida. Este objetivo es hoy tan importante como fue a principios del siglo pasado.

En sus orígenes, estos cuidados se enfocaron principalmente en mejorar la calidad de vida de los pacientes, en los pocos días o semanas restantes de vida, y en respetar la dignidad y la humanidad individuales. En la década pasada ha sido sobrepasada esta perspectiva, pues se considera moralmente relevante sólo cuando "ya nada más se puede hacer para prolongar la vida".

La filosofía de los cuidados paliativos reconoce hoy una transición gradual y la necesidad de equilibrio entre las tentativas legítimas de prolongar la vida -cuando hay posibilidades verdaderas de recuperación- y la atención paliativa de los síntomas y la aceptación de un proceso cuando no hay más cura. Eso es verdad en el cuidado de pacientes en estadios avanzados de enfermedades como Alzheimer, Parkinson, etc.

Actualmente, más del ochenta por ciento de los norteamericanos muere con más de 65 años, aumenta el número de personas con más de 80 años e, incluso, un número expresivo celebra su centenario de vida. La mayoría de esas personas no muere de una forma rápida, característica de un cáncer metastático, sino como consecuencia de la acumulación de enfermedades degenerativas múltiples, más allá de la creciente fragilidad inevitable del proceso biológico humano. Aunque esta trayectoria es menos previsible, sigue muy claramente el pronóstico último.

En el centro de toda la cuestión del aumento de la "esperanza de vida" están el paciente, el médico y el imperativo de establecer una comunicación que permita una relación significativa en uno de los momentos más profundos de la vida. Es grande la responsabilidad del médico para crear una relación con los pacientes y familiares que ayude en la confrontación de esta escena compleja. El cuidador se

convierte en un factor clave para ayudar a la gente a encontrar una dirección en el final de la vida.

En una perspectiva integradora, los cuidados paliativos y los valores básicos de la geriatría coinciden: el paciente está en el centro de los cuidados y la perspectiva es interdisciplinaria, holística y comprensiva, más allá del paciente y de la familia, vistos como una sola unidad de cuidados. Una prioridad es garantizar, en la medida de lo posible, la independencia funcional y calidad de vida, mediante una evaluación regular y formal que asegure la identificación y el tratamiento de los eventos en el momento adecuado. Ambas especialidades proporcionan cuidados donde el paciente esté, ya sea en su casa o en el hospital, y en cualquier estadio de la enfermedad y cualquiera sea la diagnosis: "El objetivo es dar el cuidado preciso para el paciente preciso y en el momento preciso".

En conclusión los cuidados paliativos constituyen hoy una cuestión importante de la salud pública. Trabajan con el sufrimiento, la dignidad de la persona, el cuidado de las necesidades humanas y la calidad de vida de la gente afectada por una enfermedad crónico-degenerativa o que está en la fase final de la vida. También se preocupan de la ayuda a familias y amigos como unidad de cuidados, frente al sufrimiento por la pérdida, potencial o inminente, de seres queridos.

Nuestro sistema de salud es negligente en lo que respecta a esas necesidades humanas. La próxima etapa será su introducción en el currículo principal de los cursos de medicina y en programas de educación en el área de la salud, sea para los profesionales o para el público en general.

Cicely Saunders afirma que eso requiere "cambio de actitudes y educación de todos los profesionales implicados con los pacientes que

tienen una enfermedad crónico-degenerativa. Esto exige un compromiso humano, más allá de medicaciones e intervenciones costosas, y debe ser una preocupación de todos los gobiernos".

Los cuidados paliativos tienen como objetivo especial aliviar, en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas o en fase terminal, una gama extensa de síntomas de sufrimientos, de orden físico, psíquico, mental y espiritual. Por lo tanto, exigen un equipo multi interdisciplinario de especialistas, con capacidades específicas y sintonizados entre sí.

En la medida en que los cuidados paliativos se desarrollan, crece el convencimiento de que con las drogas y las técnicas en la actualidad disponibles es relativamente fácil proporcionar comodidad física al paciente. Sin embargo, aún con eso, la persona puede sentir miedo, soledad o poca autoestima. Los que ahora trabajan en este campo perciben que, además de la atención y control de los síntomas físicos, la filosofía de los cuidados paliativos se preocupa básicamente de la calidad, valor y sentido de la vida.

La investigación confirma que los pacientes que no son informados sienten un mayor sufrimiento físico y psicosocial, y hablan de un nivel inferior de calidad de vida que los que son informados según su voluntad.

En relación con el valor de la vida, a medida que se aproxima su final, las personas se preguntan si su vida ha tenido algún valor para los otros, para la comunidad, y si todavía tienen algún valor como personas, principalmente cuando están incapacitadas por una determinada enfermedad fatal, dependientes de los otros y "siendo" un gasto en términos del cuidado. Investigaciones en EE.UU. han demostrado que la pérdida de independencia y el miedo de convertirse

en un peso para los otros, antes que el dolor físico, son, con frecuencia, las primeras motivaciones que llevan a la gente a pedir el suicidio asistido o eutanasia. Respetando la evaluación del propio paciente acerca del valor de su vida, mientras aún es consciente del efecto de la depresión o del aislamiento social, estamos frente a uno de los más profundos desafíos clínicos y éticos de los cuidados paliativos.

Otra preocupación es el sentido de la vida. Únicamente cuando su sufrimiento físico es aliviado y su familia cuida de ella, la persona en fase terminal comienza a hacer preguntas existenciales. Aunque ha disminuido en el mundo occidental secularizado el número de personas que tienen una profunda fe religiosa que confiere sentido a su vida, el 75% de los pacientes en la fase final expresa el deseo de hablar del sentido de la vida, del sufrimiento y de la muerte, y pueden decepcionarse si nadie se interesa en ayudarlas. Un servicio de pastoral atento a estas necesidades será de gran ayuda en el rescate del sentido de la vida. No es casualidad que el cuidado de las necesidades espirituales y psicosociales esté en el centro de la filosofía de los cuidados paliativos.

El desafío ético, en el contexto de países en vías de desarrollo, debe considerar la cuestión de la dignidad en el adiós a la vida, trascendiendo la dimensión física y biológica y la perspectiva médica del hospital, ampliando el horizonte para integrar el espacio socio-relacional. Hay que hacer entender a la sociedad que morir con dignidad es el resultado de una vida digna, más allá de la mera supervivencia sufrida. ¿Si no existen condiciones de vida digna, cómo garantizaríamos una muerte digna? Antes de existir un derecho a la muerte humana, hay que destacar el derecho de tener condiciones de conservar y preservar la vida existente y de hacerla desplegar plenamente. Llamáramos a esto el "derecho a la salud". Es chocante

y aun irónico percibir que la misma sociedad que le negó al ser humano el pan para vivir le ofrezca la más avanzada tecnología para que "muera bien".

No podemos aceptar pasivamente la muerte como consecuencia de la indiferencia por la vida, causada por la exclusión, la violencia, los accidentes y la pobreza. La sabiduría nace de la reflexión, de la aceptación y del compromiso con el cuidado de la vida humana en el adiós final. Entre dos límites opuestos: de un lado, la convicción profunda de que no se debe acortar la vida, y del otro, la visión de que no se deben prolongar la agonía, el sufrimiento y la muerte. Entre el acortar la vida y el no prolongarla inútilmente se sitúa el amarás... Así como nos ayudaron a nacer, también necesitamos ser ayudados en el momento del adiós a la vida.(8)

### **2.2.2. Cuidados De Enfermería**

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser viva. El término deriva del verbo cuidar (del latín *coidar*). Por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo.

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan 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 orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

La intensidad de los síntomas depende de muchos factores que rodean al paciente como la compañía, el afecto, la distracción, el ambiente, etc. que pueden modificar la percepción y la sensación del dolor u otros síntomas. Por lo general, a medida que avanza la enfermedad, el número de síntomas y su intensidad se incrementan.

Cuando la familia o el personal sanitario cuidan del enfermo, no sólo le ayudan a afrontar los problemas físicos que le impiden satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, higiene, hidratación, sueño, etc.) sino que consiguen que mejore su calidad de vida y bienestar.

Los cuidados de enfermería deben estar adaptados a su situación, pronóstico y ubicación y es necesario establecer las prioridades de cada momento.

Los cuidados de enfermería más importantes se describen a continuación.

- **Cuidados de la piel**

El cuidado de la piel es importante tanto en la persona sana como en la enferma. En las fases finales de la vida las pequeñas alteraciones en la textura y resistencia de la piel son fundamentales a la hora de aumentar el riesgo de aparición de determinadas alteraciones de la misma.

La deshidratación, la caquexia, la medicación, el encamamiento, etc. pueden provocar desde problemas leves, aunque muy molestos como el picor por una piel seca, hasta problemas más serios y difíciles de tratar como pueden ser las úlceras por presión.

Una de las lesiones más importantes que aparece en estos enfermos son las úlceras de decúbito o por presión que suelen estar provocadas por el encamamiento prolongado.

Estas úlceras se producen a consecuencia de una presión mantenida en determinadas zonas sobre una superficie más o menos dura. Las zonas más frecuentes de aparición de estas lesiones son en las prominencias óseas como tobillos, talones, rodillas, pelvis y coxis.

Una vez que aparecen estas úlceras son difíciles de tratar, por lo que es fundamental prevenirlas. Para lograrlo es importante establecer y mantener una estrategia dirigida a:

- **Disminuir la presión en las zonas de más riesgo de aparición de las úlceras.** Esto se logra, fundamentalmente, mediante cambios posturales cada 2-3 horas. Estos cambios se deben realizar levantando al paciente sin arrastrarlo por la cama ya que se lesionaría más la piel. Es importante proteger la zona de más riesgo para la formación de la úlcera empleando almohadas y cojines. Suele ser de gran utilidad los colchones antiescara.

- **Cuidados de la boca**

La afectación de la boca en estos pacientes supone un malestar frecuente e importante y en muchas ocasiones puede afectar a la familia, ya que genera problemas y dificultades a la hora de alimentarse y de comunicarse.

Los cuidados de la boca se encaminan, fundamentalmente, a la prevención de alteraciones en la mucosa y a su tratamiento cuando aparecen.

### **Recomendaciones:**

- Mantener una buena higiene mediante cepillado de los dientes y lengua detrás de cada comida, empleando un dentífrico y cepillo suave para evitar la irritación o lesión de la mucosa.
- Los labios han de mantenerse perfectamente hidratados, empleando cremas labiales o hidratantes. Es preferible no emplear vaselina, ya que suele incrementar la sequedad de los mismos.
- Un problema frecuente en estos pacientes es la boca seca (xerostomía) que puede aliviarse ofreciéndole líquidos a pequeñas cantidades. Siempre es recomendable consultar previamente con el médico, ya que él es el que conoce mejor cuál es el estado del paciente y la causa de la aparición de boca seca y será quién mejor le recomiende cómo aliviar al enfermo.

- **Alimentación e hidratación**

Es frecuente que en la situación en la que está el paciente aparezca anorexia o falta de apetito. Cuando un paciente es incapaz de alimentarse e hidratarse como lo hacía antes de la enfermedad se genera, tanto en él como en su familia, un estado de angustia y malestar.

Una idea habitual es que la familia piense que si no se alimenta adecuadamente el paciente no tendrá fuerzas para luchar contra la enfermedad. Sin embargo, esto no es así. El paciente terminal no necesita la misma cantidad de alimento que una persona sana, ya que su actividad se ha reducido considerablemente y sus necesidades también.

La familia ha de adaptarse al síntoma facilitando y ayudando al enfermo en su alimentación e hidratación diaria.

### **Recomendaciones**

- Hay que respetar sus apetencias y adaptarse, en la medida de lo posible a su horario.
  - Es aconsejable servir la comida en platos pequeños y cantidades reducidas. Se deben cuidar los detalles de la presentación.
  - Es preferible la comida triturada.
  - Se debe tratar de evitar los olores, ya que pueden incrementar la inapetencia del paciente.
  - Siempre que sea posible, es importante que el paciente coma con el resto de la familia.
  - Ofrecer al paciente no sólo agua, sino leche, zumos o refrescos. Cuando la enfermedad avance, las necesidades del paciente de alimentarse e hidratarse disminuyen aún más y en muchas ocasiones es suficiente una buena higiene de la boca e hidratación de los labios.
- 
- **Evacuación**

Debido a la debilidad del paciente, la falta de movilidad y el empleo de determinados fármacos para el dolor es frecuente que el paciente presente dificultad a la hora de la evacuación de las heces, resultando en un proceso doloroso y estresante para algunos pacientes.
- 
- **Recomendaciones**
    - No hacer esperar al paciente cuando comente la necesidad de evacuar.

- Permitirle cierto grado de intimidad.
- y preferencias como la realización de la higiene personal, comer  
Estimular la ingesta de líquidos (agua, zumos, infusiones, etc.)  
para que las heces se hidraten y sean menos duras.
- En la medida de lo posible el paciente debe moverse.

En el caso tanto de incontinencia urinaria como rectal las medidas generales de higiene y protección de la piel son de gran importancia a la hora de prevenir lesiones en la misma.

- **Actividad física**

Con frecuencia se minusvaloran las posibilidades del enfermo y, la disminución de su capacidad física conlleva una pérdida progresiva de autonomía en el paciente, que puede generar tanto en él como en la familia un cierto grado de ansiedad, malestar y preocupación.

Los cuidados en este sentido deben dirigirse a mantener la autonomía del paciente en todos los aspectos:

- **Físico:** se debe estimular al paciente para que realice aquellas actividades que pueda llevar a cabo solo, según sus prioridades en la mesa con el resto de la familia, etc. Cuando las fuerzas físicas disminuyan más se puede ayudar al paciente con distinto material ortopédico como andadores, sillas de ruedas, etc. que le permitan prolongar esa autonomía. Asimismo, la realización de ejercicio físico suave todos los días (activo o pasivo dependiendo de su grado de incapacidad) ayuda a retardar la pérdida de su vida normal.

- **Mental:** es importante facilitar y promocionar la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su enfermedad y sus cuidados.
- La pérdida de capacidad física y autonomía en estos pacientes es siempre irreversible y tanto él como su familia necesitan apoyo para adaptarse a un estilo de vida diferente y en constante cambio.
- **Cuidados del sueño**

El reposo y el descanso son aspectos muy importantes ya que permiten un cierto grado de recuperación del cansancio del enfermo.

La alteración del sueño suele ser muy frecuente en este periodo de la vida. Las causas que lo originan son muy variadas, desde un mal control de síntomas físicos (dolor, vómitos, fatiga, etc...) hasta problemas de ansiedad, angustia, miedos e incluso la sensación de soledad. (6)

### **2.2.3. Calidad Del Cuidado.**

La calidad es un concepto relativo, es el grado de aproximación al modelo teórico ideal. Podemos decir que es la diferencia entre “ser” y “querer ser”. Para la Real Academia Española, la calidad es “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla, mejor o peor que las restantes de su especie”. La Norma UNE define la calidad como “el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas”. Podemos expresar la calidad de la asistencia sanitaria en los siguientes términos: Calidad asistencial es dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que

disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable. Conseguir un nivel de calidad óptimo equivale, por tanto, a desarrollar grados de efectividad, de eficiencia, de adecuación y de calidad científico-técnica en la práctica asistencial que satisfagan por igual a administradores, profesionales y usuarios. La Calidad de la Atención de Enfermería podemos definirla como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. Esta definición está basada en la definición de la función propia de Enfermería que nos aporta Virginia Henderson.(4)

**2.2.4. Seguridad del Paciente.-** Componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad. Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud como la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, la Organización Pan Americana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de

Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

### **2.2.5. Intervenciones de enfermería En Cuidados Paliativo**

Los Cuidados Paliativos son aquellas atenciones y cuidados que están dirigidos a las personas con enfermedades avanzadas y a sus familias cuando la expectativa médica ya no es la curación. Se trata de un enfoque que tiene por objetivo principal mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, proporcionando una atención integral brindada por equipos de trabajo interdisciplinarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su reporte del año 1990, define a los cuidados paliativos como “el cuidado total, activo y continuado de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espiritual es primordial”.

Posteriormente, la OMS ha ampliado esa definición y considera a los cuidados paliativos como un “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con Enfermedades Amenazantes para la Vida (EAV), a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”

La definición citada anteriormente, se completa con los siguientes Principios sobre Cuidados Paliativos:

- Afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural.
- No adelantan ni posponen la muerte.

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en el cuidado del paciente.
- Ofrece un sistema de ayuda para que los pacientes puedan vivir lo más activamente posible hasta el momento de su muerte y ofrecen apoyo a la familia para afrontar la enfermedad del paciente en su propio medio.

El área asistencial de los Cuidados Paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas, genéticas, etc., potencialmente letales a corto o mediano plazo, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa. A diferencia del sistema tradicional de atención al paciente que padece una enfermedad incurable, el sistema de cuidados paliativos es un tipo de asistencia en el que la unidad de tratamiento está constituida por el paciente y la familia. En este sentido, se considera fundamental la inclusión de la familia completa para lograr brindar una satisfactoria atención.

A su vez, es importante recalcar el carácter interdisciplinar de la medicina paliativa. Los equipos de trabajo necesariamente deben estar conformados por profesionales de distintas disciplinas: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, entre otros, a los fines de poder brindar una asistencia integral al paciente y su familia. En este sentido, cabe mencionar que la medicina paliativa promueve un tipo de tratamiento del dolor y de otros síntomas en cuatro dimensiones: físico, emocional, social y espiritual, y se propone favorecer el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad terminal mediante un adecuado tratamiento del dolor y otros síntomas en el proceso de su muerte.

### **2.2.6. Rol De La Enfermera**

El rol de enfermería en los cuidados paliativos no sólo involucra al paciente, sino que a todo el entorno de éste, es una tarea difícil poder satisfacer las necesidades tanto del paciente como de los familiares de éste. Los profesionales por consiguiente, desarrollan sus actividades en el contexto enmarcado por el cuidado de los pacientes y familias en los cuales la enfermedad progresa inexorablemente hacia la muerte. Junto con el resto del equipo debe esforzarse en aliviar los problemas, facilitar los procesos de adaptación a la situación de terminalidad, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados.

Los enfermeros son responsables de la gestión de los Cuidados Paliativos tanto en el hogar como en el hospital, con el objetivo de asegurar la máxima calidad de vida posible al finalizar ésta, realizando también una labor de coordinación entre niveles asistenciales y educación sanitaria a los cuidadores informales. Son referentes de gestión de situaciones de especial complejidad y control de síntomas difíciles, cuidados en agonía, asesoramiento y seguimiento del duelo junto a otros profesionales, por tanto deben ser responsables de la formación, investigación y difusión de estos temas. Se sabe que todavía falta mucho por hacer en el trabajo con las familias, para integrarlas como objetivo terapéutico y receptores de cuidados. (9)

### **2.2.7. El Apoyo a La Familia**

Es un tema básico en la paliación porque ésta constituye con el enfermo una unidad de tratamiento. Lo que le sucede a uno, influye en las dos partes. Por estos motivos, la medicina actual ha experimentado un cambio en las actitudes hacia la familia, pues si

bien la dedicación al enfermo es esencial para su recuperación, no lo es menos la atención que se dé a su familia y amigos, que necesitan información puntual de calidad, apoyo psicológico y ayudas físicas y económicas, no en vano la presencia de asistentes sociales aumenta significativamente la satisfacción de las familias.

Los estudios de trastornos psicosociales en los miembros familiares revelan que cuando la mitad de los pacientes expresan niveles significativos de aflicción, un tercio de los cónyuges y una cuarta parte de los hijos muestran también afectación. El porcentaje de morbilidad psicosocial es mayor en las familias disfuncionales. Para conocer su influencia es casi obligatorio elaborar el genograma llegándose a decir que un genograma familiar es en Medicina Paliativa tanto o más importante que un fonendoscopio en la Medicina General.

El apoyo a la familia deberá incluir hacerles partícipes de los cuidados del enfermo si lo desean, porque ello, a la vez que les permite mostrarle su afecto, les reduce la sensación de culpabilidad y les facilita el proceso del duelo posterior.- Establecer una buena relación con el paciente y sus familiares basada en la confianza, aumenta el cumplimiento del tratamiento y el mejor control sintomático. La calidad de vida puede mejorar no sólo cuando "objetivamente" se hace sentir mejor a los pacientes, sino cuando éstos sienten que estamos tratando de ayudarles y se da soporte a su familia. (6)

#### **2.2.8. Acompañamiento Espiritual.**

El Acompañamiento Espiritual ha sido parte de la tradición cristiana por siglos. Hoy en día se refiere a un trato frecuente entre un acompañante espiritual y un acompañado, o sea, una persona que

quiera mejorar su vida espiritual y profundizar su relación con Dios. La persona que busca esta ayuda desea crecer en su habilidad de discernir y responder a la presencia y acción de Dios en su vida.

El Acompañamiento Espiritual fomenta la comunicación entre el Creador y la criatura, o sea, entre Dios y el acompañado. El acompañante es sólo un instrumento de Dios en ese proceso. (9)

**2.2.9. Adulto mayor** es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).

Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría, por lo general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades, debido a su larga trayectoria. Aunque esto difiere según cada cultura, porque en algunos países la condición de vida de un adulto mayor se torna muy difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados.

En el caso de países desarrollados o en vías de desarrollo, un adulto mayor tiene un nivel de vida mejor, esto se debe a que le son otorgados trabajos sin importar la edad sino la experiencia y capacidad que ellos poseen, también el gobierno les provee de un subsidio (pensión), garantías de salud y otros beneficios.

El cuidado de un adulto mayor debe ser especial porque su organismo no es el mismo y ha sufrido varios cambios biológicos,

es por eso que se les recomienda a estas personas llevar un estilo de vida tranquilo donde puedan disfrutar de su familia y de las cosas que más le gustan hacer, también es recomendado una alimentación balanceada y una rutina de ejercicios que les ayude a contrarrestar el degeneramiento de su organismo. Finalmente llegar a esta etapa de la vida es un privilegio que pocos pueden tener es por esta razón que al llegar a ser adulto mayor se debe tener una actitud positiva y alegre.

**“Llegar a viejo es una honra; las canas son la corona que se gana por ser honrado”. – Proverbio**

#### **2.2.10. La Calidez Del Cuidado De Enfermería.**

Ser buenos profesionales de enfermería ,no es poseer muchos conocimientos teóricos sobre las funciones de nuestra competencia; sino es conocer la esencia de la profesión, el fenómeno de la comunicación el impacto de la enfermedad en la vida de la persona tanto en el nivel cognitivo como conductual, que debe ser consciente de las implicancias psicológicas de las reacciones más frecuentes y específicas de cada enfermedad, de los problemas éticos asociados a muchas situaciones y de sus consecuencias legales, sociales y morales durante los cuidados del paciente.

El profesional de enfermería competente debe poseer actitud de empatía, amabilidad, respeto por la persona humana (atención de sus necesidades afectivas) paciencia y buena comunicación de acuerdo a la capacidad de comprensión del paciente adulto mayor, quien tiene muchas necesidades psicológica(siente disminuir sus fuerzas y sus facultades), experimentando sentimientos de inferioridad y necesidades emocionales, se siente sola e insegura. Estos problemas son exacerbados a menudo por quienes lo rodean. La experiencia clínica demuestra que la Enfermera puede

disminuir muchas de estas necesidades .No obstante para fomentar una sensación de utilidad y bienestar en los adultos mayores, las enfermeras deben tratarlos como seres humanos capaces y útiles a través de la comprensión de sus sentimientos para poder anticipar sus necesidades y efectuar las intervenciones pertinentes, esa comprensión efectiva es una cualidad esencial para el planteamiento eficaz de las actividades adecuadas a las necesidades y capacidades del adulto mayor. Además su cuidado requiere un interés adecuado y cariñoso, demostrando tanto en su actitud como palabras, sentirse demasiadamente apreciado levanta el ánimo del anciano y los motiva a realizar actividades que aumentan su autoestima. Las enfermeras deben procurar comunicar a los paciente ancianos que los crean capaces de llevar a cabo tareas que busquen la satisfacción de sus necesidades, que su compañía vale la pena y que se respetan sus opiniones. La persona de edad avanzada es sensible y a veces sufre en silencio cuando se siente dolida, la Enfermera atenta y comprensiva se da cuenta que algo anda mal, tratará de conseguir que la persona le hable de sus preocupaciones y se mostrara comprensiva de la situación. Maslow menciona “El individuo debe sentirse valioso como ser humano, es decir autoestimarse, debe sentir también que su familia y los demás con los que entra en contacto lo consideran una persona con valor y digna “, además se debe dejar que exprese sus necesidades y sentimientos (6).

#### **2.2.11. Fase Terminal.**

La muerte forma parte de la vida de cada uno y constituye un momento personal y único. Vivir y morir forman parte de lo mismo; morir es uno de los parámetros del vivir. Se considera a la muerte como una situación límite íntimamente relacionada con la personal trayectoria biográfica y las actitudes ante la vida que se hayan

tenido. Estas actitudes marcarán sus vivencias y orientarán el comportamiento que se manifiesta en la denominada **fase terminal**, cuando la hay, que no siempre así acontece. La atención al enfermo en esta fase terminal constituye una de las funciones más importantes e ineludibles del personal sanitario, que inician un nuevo tipo de asistencia, cuya meta ya no es liberar al paciente de su enfermedad, sino ayudarlo a morir en paz o, más bien, a vivir dignamente hasta que le llegue la muerte. Las características de esta asistencia, así como los dilemas éticos que se plantean en esta situación terminal, se muestran desarrollados a lo largo de esta comunicación, que pretende arrojar una luz en la previsión de estas dos situaciones personales y únicas propias de cada existencia: la fase terminal de la vida y el afrontamiento de la propia muerte. (11)

#### **2.2.12. La Etapa Final De La Vida**

La etapa final de la vida puede durar meses, semanas, días u horas. Es un momento en el que se toman muchas decisiones sobre el tratamiento y la atención de los pacientes de cáncer. Es importante que los familiares y los proveedores de atención de la salud conozcan con anticipación los deseos del paciente y que hablen francamente con el paciente sobre los planes para la etapa final de su vida. Esto puede facilitar la toma de decisiones importantes de la familia durante la etapa final de la vida del paciente.

Cuando las opciones de tratamiento y los planes se abordan antes de la etapa final de la vida, se puede reducir la tensión, tanto en el paciente como en la familia. Es sumamente útil que la planificación y las decisiones relacionadas con la etapa final de la vida comiencen a tomarse poco después de que se diagnostique el cáncer y continúen durante la evolución de la enfermedad. Tener estas decisiones por escrito, puede hacer que los deseos del

paciente resulten más claros, tanto para la familia como para el equipo de atención de la salud.(12)

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**Adulto Mayor.-** Es aquella persona que supera los 60 años de edad, que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento .Es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando .

**Cuidados De Enfermería.-**Es el conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda la enfermera al adulto mayor que temporal o indefinidamente lo requiere para satisfacer sus necesidades en 4 dimensiones (biopsicosocial y espiritual).

**Familia.-**Conjunto de individuos que tienen algo en común .Grupo de personas vinculadas entre sí por relaciones de matrimonio, parentesco o afinidad

**Paciente.-**Persona que padece física y corporalmente. El doliente, el enfermo. Persona enferma en tratamiento médico.

**Paliativos.-**Mitigar la violencia de ciertas enfermedades, especialmente de las crónicas e incurables.

**Enfermera.-** profesional formada en una institución universitaria, que posee e título de Lic. Enfermería a nombre de la nación registrado en el colegio enfermeras del Perú, reconocida cuyo rol principal es el cuidado del paciente adulto mayor hospitalizado.

**Servicios De Geriatría.-:** Es la unidad donde brinda atención integral de salud al paciente adulto mayor de 60 años a más, cuenta con un equipo de salud constituido por médicos, enfermera, nutricionista, psicólogo ,asistente social ,terapistas ocupacionales etc., capacitados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que padece el paciente.

**Cuidados Paliativos.**-Es un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal.

**Acompañamiento Espiritual.**- El acompañamiento espiritual es una práctica muy antigua en la tradición judeo- cristiana como un medio para encontrar a Dios.

**Final De La Vida.**-Puede durar meses, semanas, días u horas. Es un momento en el que se toman muchas decisiones sobre el tratamiento y la atención de los pacientes de cáncer. Esto puede facilitar la toma de decisiones importantes de la familia durante la etapa final de la vida del paciente.

### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1 Recolección Datos

La recolección de datos se realizó utilizando técnicas y herramientas permitiendo así ordenar sistemáticamente la información y sustentar el conocimiento de los cuidados en la Unidad de Cuidados Paliativos.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

- ❖ Cuaderno de Estadística.-documento donde se registran los datos básicos de cada paciente que ingresa a la unidad y fechas y datos de su egreso.
- ❖ Historia Clínica.-documento Médico Legal privado obligatorio y sometido a reserva en el cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.
- ❖ Notas de enfermería.-forma parte de la historia clínica del paciente, viene hacer un documento legal, privado y obligatorio sometido a reserva, es un registro escrito elaborado por el personal de enfermeras acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional así como la evolución de la enfermedad y sus cuidados.
- ❖ Carta funcional.-documento donde indica la labor de la enfermera en cada área.
- ❖ Cuaderno de registro de los familiares.-donde las familias de los pacientes de alta dejan sus comentarios sobre la atención brindada

### **3.2 Experiencia Profesional**

El Hospital Central De La Fuerza Aérea Del Perú es una institución de salud categorizado III

El hospital está ubicado en la Av. Andrés Aramburu, cuadra 2 s/n, en el distrito de Miraflores Lima, Perú (Edificio I).

El departamento de Geriatria y Gerontología se encuentra ubicado en la Av. Andrés Aramburu cuadra 8; en la calle las tiendas con los pajiiles cuadra 2 en el distrito de Surquillo Lima, Perú(Edificio II).

La unidad de cuidados paliativos se encuentra en el edificio II en el primer piso cuenta con cinco ambientes bipersonales, el departamento de Geriatria cuenta con un programa de cuidadores y con cinco niveles de atención: consultorios externos, HODIGE, ADOGE, Paliativos y la UGA que se encuentra en el hospital Central de la FAP.

En la unidad se brinda atención a pacientes adultos mayores oncológicos y no oncológicos.

En el año 2001 ingrese a la institución desarrollándome en las diferentes áreas, Médico Quirúrgico, Transmisibles, Neurología, Traumatología, Pediatría, Cirugía, Psiquiatria y Geriatria.

Las funciones que se realizan en geriatria son: atención domiciliaria a pacientes adultos mayores oncológicos y no oncológicos, toma de muestras de sangre, colocación de sondas nasogástricas y Foley, curación de escaras, supervisión de tratamiento, educación a la familia y cuidadores, atención en HODIGE, y en la unidad de cuidados paliativos

Ingrese al hospital Central FAP en el 2001, en el año 2002 fui nombrada y labore en diferentes servicios, conocí persona muy buenas en todo su entorno demostrando confianza y seguridad;

labore como enfermera asistencial en el servicio de: Medicina de varones, sala de generales, trasmisibles, medicina de mujeres.

Actualmente me encuentro laborando en el departamento de Geriátría y Gerontología desde el mes de Agosto del año 2006, he rotado por las diferentes áreas, En mi experiencia laboral en el departamento de geriátría estoy 10 años en los cuales rote por las diferentes aéreas siendo Hospital de día donde se realiza la valoración geriátrica integral (VGI), a pacientes potencialmente recuperables; en la atención domiciliaria geriátrica (ADOGE) donde se realiza atención médica y de enfermería a pacientes adultos mayores cada 30 a 45 días; se realizan procedimientos como curaciones de UPP, y su seguimiento, colocación de sonda nasogástrica y Foley convencional, se coloca cada 15 o cada 90 días dependiendo cual sea, se toma muestras de sangre y cateterismo vesical para recolectar muestras, para sus controles, estos servicios no tienen emergencias dado que se tiene una gran población y una programación mensual, en estos servicios labore 3 años y 7 años en la unidad de cuidados paliativos donde actualmente laboro, es una unidad nueva, donde los pacientes se encuentran hospitalizados; al inicio fue duro pero lo supere y supe que podía continuar en el servicio, muchas veces nos quebramos viendo y viviendo en cada ípaciente con el día a día de ellos, ver el final de la vida es triste pero trato de dar lo mejor para que se sientan tranquilos, seguros y en confianza. Soy personal de la unidad de cuidados paliativos, es un servicio donde se observa al personal de enfermería que se acerca al paciente con mucha atención y dedicación no solo para controlar funciones vitales, administrar tratamiento, y realizar procedimiento invasivos sino también da su tiempo para escuchar al paciente y familia sobre sus temores, dudas, preocupaciones y en ocasiones sus problemas familiares, los escuchamos y les brindamos apoyo. Los créditos religiosos estimulan la superación de las pérdida de los seres queridos por medio de la fe,

la plegaria, la meditación, las creencias sobre la vida y la muerte, buscando ayudar a los que sufren a su superar su malestar y aumentar los sentimientos positivos y el bienestar afectivos, psicológico y espiritual.

### **3.3. Procesos Realizados en el Tema del Informe**

Desde el año 2001 laboro el hospital central FAP hasta la actualidad, soy miembro activo del colegio de enfermeras del Perú, mi experiencia laboral la inicie en el 2001 con la modalidad de contrato por el tesoro público, al año siguiente me nombraron y continuo trabajando como enfermera asistencial en el área de hospitalización, he asumido en tres años consecutivos la jefatura interina del servicio (un mes por año).

Casos relevantes: trato amable y cordial que se le brinda al paciente y familiar.

Aportes: el compromiso que se tiene con el servicio; cuando el personal falta por motivos de salud (Descansos médicos) doblamos turnos y no dejamos al paciente sin atención.

Innovación: Se implementó un oratorio, donde se realizan cursos para cuidadoras de pacientes, capacitaciones para todo el personal de enfermería una vez por semana, se realizan guías de procedimientos.

Teniendo en cuenta el modelo de Dorotea Orem me ha dado mayor sustento para el presente informe se experiencia laboral, Dorotea Orem en su teoría del autocuidado menciona tres sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores, cuando la enfermera sule al paciente, en la unidad de cuidados paliativos son parcialmente dependientes y totalmente dependientes y se cumple con el autocuidado terapéutico, se compensa la incapacidad del paciente.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores, el personal de enfermera proporciona autocuidado proporcionando algunas medidas de autocuidado compensando las limitaciones.
- Sistemas de enfermería apoyo educación: la enfermera actúa ayudando al paciente para que sea capaz de realizar las actividades de autocuidado, damos educación al paciente y a la familia.

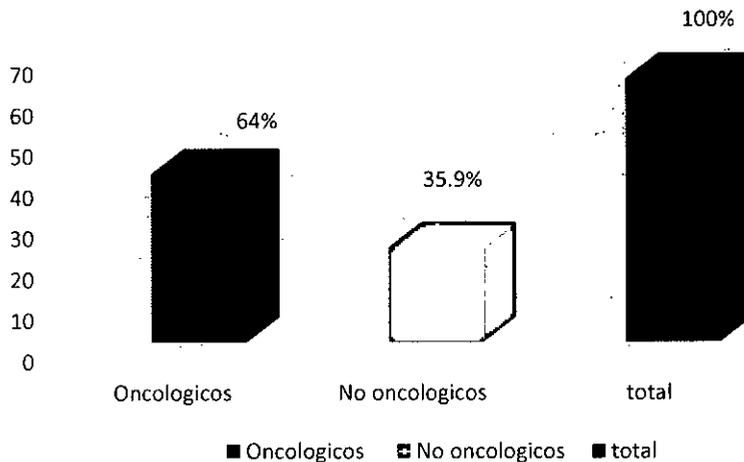
#### IV. RESULTADOS

Tabla N° 4. 1

NÚMERO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS 2015-2016

PATOLOGIAS	N°	%
Oncológicos	41	64.1%
No oncológicos	23	35.9%
Total	64	100%

FIGURA N° 4.1  
NUMERO DE PACIENTES ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS 2015-2016



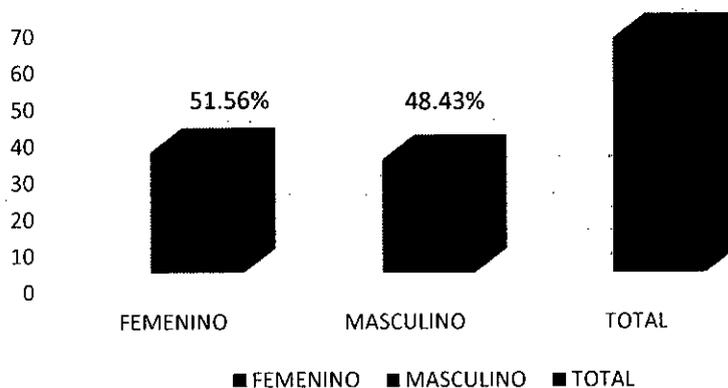
En la tabla N° 4.1 Figura N° 4.1 se observa que del total de 64 pacientes hospitalizados 41 presentan alguna patología oncológica representado en un 64%, 23 pacientes son no oncológicos representado en 35.9% del total

Tabla N° 4.2

**NÚMERO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS  
SEGÚN SEXO HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS  
PALIATIVOS 2015-2016**

SEXO	N°	%
FEMENINO	33	51.56%
MASCULINO	31	48.43%
TOTAL	64	100%

FIGURA N°4.2  
NUMERO DE PACIENTES SEGUN SEXO  
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS  
PALEATIVOS 2015-2016



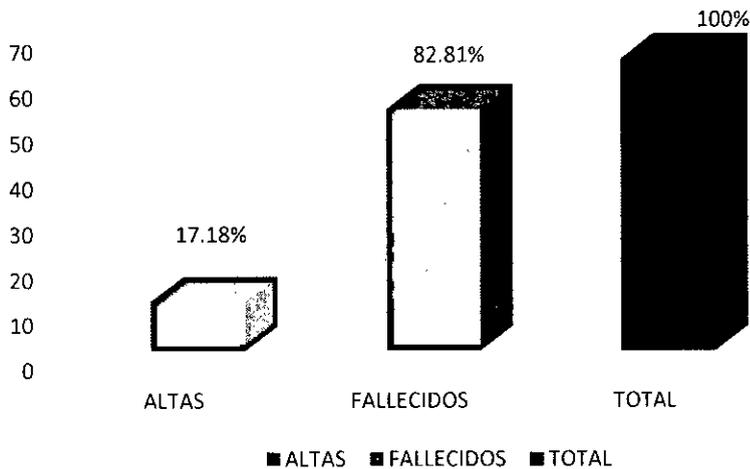
En la tabla N° 4.2 Figura N° 4.2 se observa que del total de 64 pacientes hospitalizados según sexo femenino 33 representado en un 51.56%, 31 pacientes de sexo masculino representado en 48.43% del total.

**Tabla N° 4.3**

**NÚMERO DE PACIENTES FALLECIDOS Y DE ALTA  
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS 2015-  
2016**

<b>PACIENTES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ALTAS	11	17.18%
FALLECIDOS	53	82.81%
TOTAL	64	100%

**TABLA N° 4.3  
NUMERO DE PACIENTES FALLECIDOS Y DE ALTA EN  
LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS 2015-2016**



En la tabla N° 4.3 Figura N° 4.3 se observa que del total de 64 pacientes hospitalizados 11 salen de alta representado en un 17.18%, 53 pacientes fallecen representado en 82.81% del total.

## V. CONCLUSIONES

Al término del informe se concluye lo siguiente:

- a) Que en la unidad de cuidados paliativos en los dos últimos años, hay mayor incidencia de pacientes oncológicos.
- b) Se debe promocionar el estilo de vida saludable y la prevención
- c) El mayor porcentaje de pacientes hospitalizados en el años 2015-2016 en la unidad de cuidados paleativos del hospital central de la fuerza Aérea del Perú fueron de sexo femenino.
- d) En la unidad hubo un gran porcentaje de pacientes fallecidos y se les brindo una calidad de atención en la etapa final de la vida.
- e) En mi experiencia profesional tuve la oportunidad de poder atender con calidad y calidez, contrato humanizado al paciente en la unidad logrando una muerte digna.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Educar y concientizar a los familiares sobre los cuidados paliativos para que tengan el conocimiento y puedan brindar una atención oportuna a sus pacientes y /o familiares.
- b) Lograr que el personal de enfermería esté capacitado y especializado en un 100%
- c) Promover, prevenir y fomentar los cuidados paliativos no solo en los hospitales sino también en los domicilios.
- d) Brindar un trato humanizado y personalizado al paciente y familiar .
- e) Asesorar a los familiares de los adultos mayores para que reciban asesoramiento por el personal de enfermería para el cuidado en casa.
- f) Prevenir y aliviar el sufrimiento tratando el dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

## VII. REFERENCIALES

1. Ministerio de salud y consumo. Madrid 2010.
2. Silva R. Allende P. Verástegui A. ABC en Medicina paliativa ed. Médica Panamericana: México 2014.
3. Joaquín G, Mildred O, Cuidados paliativos .Ed. Medica. Buenos Aires: Panamericana; 2014.
4. Alarcón, I. Necesidades espirituales de los pacientes terminales en el servicio de medicina en el Hospital nacional Dos de Mayo 2013. Lima; 2013.
5. Martha R. Ann M. Modelos y teorías de enfermería. 7ª edición. Barcelona España 2011
6. Castañeda. R. Revisión documental en América Latina de la aplicación de los principios Childress y Beauchamp en el cuidado paliativo oncológico brindado por enfermería .Colombia; 2016.
7. Ministerio de salud. Norma técnica oncológica 2016. Lima Perú 2016.
8. Silva R. Allende P. Verástegui A. ABC en Medicina paliativa ed. Médica Panamericana: México 2014.
9. Joaquín G, Mildred O, Cuidados paliativos .Ed. Medica. Buenos Aires: Panamericana; 2014.
10. Luz F, Magdalena S. La enfermera como disciplina científica. España 2016.
11. Laura G, Monserrat O, El final de la vida en la cultura Islámica. Barcelona 2014.
12. Peláez A. Enfermería ante la muerte: Importancia de la formación ante este proceso. España; 2016.

# **ANEXOS**



HOSPITAL CENTRAL FAP

CANA Nº Pedro Rojas Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_  
 Apellidos y Nombres del Paciente \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Nº H.C. \_\_\_\_\_  
 Apellidos y Nombres del Gerente \_\_\_\_\_  
 Grado \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_

**VALORACION**  
 Fecha: 25-09-2016 Hora: 11 Servicio: Palad 1103

1. **Identificación:** \_\_\_\_\_  
 2. **Datos Subjetivos:** Paciente refiere no oprime

3. **Datos Objetivos:**

A) **Sistema Circulatorio:**  
 Nivel Conciencia: G=3  
 Respuesta Verbal: \_\_\_\_\_  
 Respuesta Motora: \_\_\_\_\_  
 Respuesta Ocular: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

B) **Sistema Respiratorio:**  
 FR: 18 SO2: 94%  
 Ventilación Espontánea: Si  
 Con apoyo de O2: Si x CPAP  
 Ruidos: si  
 Secretiones Bronquiales: Si  
 Otorrinas: Si, líquidas  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

C) **Sistema Cardiovascular:**  
 PA: 120/80 FC: 66  
 Ritmo Periférico: +  
 Perifoneo Tercero: +  
 Examen SI en AM AP  
 Via Periférica: SIC CVC  
 Observaciones: Paciente de 56 años

D) **Sistema Digestivo:**  
 Comedor: hidrolizado  
 Abdomen: deformado  
 RHA: +  
 Deposición: \_\_\_\_\_  
 Agudo: SN6  
 SNG: pre atenciones  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

E) **Sistema Genito Urinario:**  
 Micción: encamado  
 S. Foley: NO Cans  
 Característica Oloro: comune  
 Volumen: Distancia  
 Secretiones: NO  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

F) **Sistema Integumentario:**  
 Talla: \_\_\_\_\_  
 Medidas: \_\_\_\_\_  
 Coloración: distancia  
 Observaciones: piel rosada

G) **Sistema Neurológico:**  
 Tº: 36 Etimología: Palad  
 Integridad: completa  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

H) **Estado de los Sentidos:**  
 Visión: ↓ Oído: ↓  
 Audición: ↓ Gusto: ↓  
 Tacto: ↓  
 Asiento: Facilitado  
 Comensal: Casado Verbosoro: \_\_\_\_\_  
 Leñidos: Si Sufic: Arrojal  
 Temor: \_\_\_\_\_ Oloro: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

I) **Asiento Personal:**  
 Observaciones: acompañado de familiares

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

**II. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**  
Ansiedad del familiar No con la etapa final de la vida del paciente.

**III. OBJETIVO:** Disminuir el grado de ansiedad en el familiar.

**IV. INTERVENCION:** Evaluacion de supavencia personal de familiares artab.  
cuys y comodidad, cambio Posturas 3pm. Pte en AMEG, en SOPOR.  
Se coordina con capellanía por visita a paciente por animar de los enfermos 4pm. se pide H. asuce 1/2 cup 1/2.  
Se dialoga con la familia se observa ansiedad con tristeza marcada y dolor, por lo que se brinda apoyo emocional, espiritual en oración común, logrando un mejor acompañamiento familiar durante el turno. oraciones muy agradables.  
6pm. Capellan brinda oración de los enfermos al pte.

**V. EVALUACION:**  
- familiares participan efectivamente en la atención del paciente.  
plus 8:05.5 pte en MEG.  
0250 20 0.

\_\_\_\_\_  
 Lic. Enf. Esp. Nere Cobarrías P.  
 11314 REC-12217  
 FIRMA V. COBARRIAS ENFERMERA

## CARTA FUNCIONAL

SECCION : GERONTOLOGIA Y GERIATRIA

UNIDAD : HOSPITALIZACION - UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

CARGO ESTRUCTURA : ENFERMERA ASISTENCIAL

- Recibe y entrega el reporte de enfermería oral y luego visita por paciente
- Organiza, coordinar, y ejecutar las actividades de enfermería en la unidad de cuidados paliativos.
- Realiza evaluaciones integrales y elabora planes de cuidado de los pacientes aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- Brinda atención integral enfatizando el aspecto biológico, psicológico, social y espiritual del paciente y/o familia.
- Brinda atención integral a los pacientes hospitalizados, aplicando las guías clínicas y de procedimientos establecidas por la especialidad.
- Identifica e interviene oportunamente frente a signos y síntomas de alarma del paciente con cuidados paliativos.
- Pasar visita médica en ausencia de la jefe de unidad
- Elabora los registros de enfermería de acuerdo la norma establecida (Soapie, kardex, balance hídrico, admisión, transferencias, indicadores, estadísticas etc).
- Establecer y mantener comunicación asertiva con el personal, paciente y familia.
- Brindar cuidados de enfermería humanos, seguros, oportunos y con calidad al paciente y familia
- Controlar el equipamiento del coche de paro semanal
- Supervisa y enseñar el trabajo de las técnicas de Enfermería, cuidadores y familia.
- Colabora con el orden y operatividad de los equipos y mobiliario. (guías de funcionamiento)
- Desarrolla la función de docencia en los niveles de pregrado y postgrado.

- Reemplaza la jefatura ante la ausencia de la jefa de unidad, desarrollando un liderazgo proactivo
- Propone proyectos de mejora en el servicio.
- Mantener una conducta ética y moral adecuada en la atención del adulto mayor.
- Participar en las reuniones administrativas del servicio.
- Participar en el Programa de Capacitación de Cuidadoras de la sección
- Participar en trabajos de investigación relacionados con el área.
- Mantener actualizado las guías clínicas y los protocolos de procedimientos asistenciales para su aplicación
- Mantener constante capacitación a fin de asegurar su competitividad.
- Elaborar estadísticas e indicadores de rendimiento.
- Mantener una conducta ética en el cuidado del adulto mayor
- Realizar otras funciones y actividades que le asigne la Jefe de unidad y la supervisora de sección.
- Cumplir con los requisitos establecidos para las aetas: asistencia, puntualidad, permanencia, capacitación y reuniones de coordinación.



## FAMILIA PORRAS QUE SOLVENTARON EL ORATORIO









