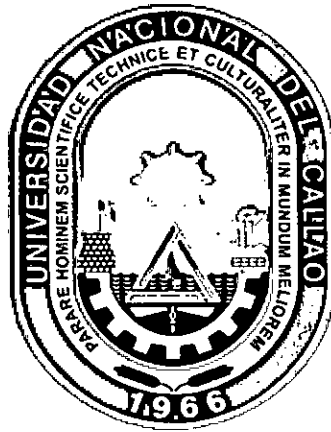


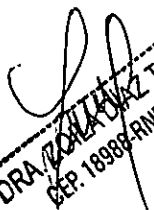
**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ADULTO MAYOR EN  
FASE TERMINAL HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS  
PALIATIVOS DEL HOSPITAL CENTRAL FAP. AÑO 2016**

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

**LIC. MARIA FELIZA CHÁVEZ VIVAS**

  
DRA. FELIZA CHÁVEZ TAVERA  
C.R.P. 18988-RINE-1512

**Callao, 2017**

**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |   |            |
|---|------------|
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO   | PRESIDENTA |
| ➤ MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | SECRETARIA |
| ➤ MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE  | VOCAL      |

**ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA**

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 445-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 31/10/2017

Resolución Decanato N° 2805-2017-D/FCS de fecha 26 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	4
1.3 Justificación	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	20
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	22
3.1 Recolección de Datos	22
3.2 Experiencia Profesional	22
3.3 Procesos Realizados del Informe	23
<b>IV. RESULTADOS</b>	30
<b>V. CONCLUSIONES</b>	36
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	37
<b>VII. REFERENCIALES</b>	38
<b>ANEXOS</b>	42

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral describe las experiencias en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, El hospital cuenta en la actualidad con 18 departamentos. El departamento de gerontología y geriatría brinda atención integral al personal militar, familiar y de clínica ,la población adulta mayor representa el 25.22%, y tiene 5 Niveles de atención: Consultorios Externos, Atención Domiciliaria Geriátrica (ADOGE), Hospital de Día Geriátrico (HODIGE) , la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) Y la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), esta UCP tiene capacidad para 10 pacientes, está bajo la dirección del médico jefe, supervisora de sección , jefa de unidad, enfermeras asistenciales. La población atendida es de aprox. 864 por mes. Los pacientes gerontoterminalales requieren de cuidados de enfermería para el alivio de los síntomas como el dolor para mejorar la calidad de vida. Descrito en siete capítulos: Capítulo I. Planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, el objetivo y la justificación. Capítulo II. Marco teórico, los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos. Capítulo III la experiencia profesional, recolección de datos, profesional y los procesos realizados. Capítulo IV. Resultados. Capítulo V. Conclusiones. Capítulo VI. Recomendaciones. Capítulo VII. Referenciales Y los Anexos que demuestran evidencias de las intervenciones de enfermería en el servicio de la unidad de cuidados paliativos de la FAP.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la Situación Problemática

En España la sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL) definió a la enfermedad terminal como aquella enfermedad avanzada progresiva e incurable que tiene múltiples síntomas intensos y cambiantes, que producen gran impacto emocional en el enfermo la familia y el equipo sanitario, estos pacientes requieren de un gran soporte y cuidado para mejorar la calidad de vida.

En Inglaterra Cecily Saunders estableció los principios básicos de los Cuidados Paliativos con una perspectiva humanista, demostró que era posible morir en paz y sin dolor y creo los centros de cuidados paliativos llamados "hospice", diseñados para la atención de pacientes terminales con una combinación de atención médica psicológica y social; (28)

En 1990 la OMS define los Cuidados paliativos como "el cuidado activo y 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 son el alivio y la prevención del sufrimiento, la identificación precoz y tratamiento impecable del dolor y de otros problemas físicos psicosociales y espirituales, así como también 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. (7).

En el Perú los cuidados paliativos es una disciplina nueva aún no está presente en todo el país y solo existen 23 médicos especialistas en cuidados paliativos, no existe una ley que legisle la prestación de cuidados paliativos y la norma técnica aún no ha sido aprobada, así mismo no hay publicaciones de estándares o guías en cuidados paliativos (21)

El hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú tiene un alto índice de población adulta mayor: 25.22% de la población total, así mismo cuenta con una Unidad de cuidados paliativos conformado por un equipo multidisciplinario. En esta unidad se realizan cuidados integrales y personalizados de enfermería a los pacientes, con enfermedades oncológicas y no oncológicas en fase avanzada, hasta el final de sus días; aliviando los síntomas tan complejos y cambiantes como es el dolor, disnea, delirio, entre otros, para disminuir el sufrimiento del paciente y la familia y lograr una calidad de vida y una muerte digna.

En cuanto a recursos humanos cuenta con 80% de profesionales especializados en el área y un 20% en proceso de especialización y entrenamiento.

Sin embargo, mi experiencia me ha permitido identificar ciertas debilidades debido a la falta de recursos humanos influyendo en la satisfacción de las necesidades del paciente en la etapa final de la vida.

## **1.2. Objetivo**

Describir los cuidados de enfermería al paciente adulto mayor en fase terminal hospitalizado en la unidad de cuidados paliativos del Hospital Central FAP Año-2016.

### **1.3. Justificación**

La atención del enfermo con enfermedad terminal y a su familia se ha convertido en una prioridad para las organizaciones sanitarias, siendo el objetivo general del proceso asistencial, la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad avanzada y de su familia de manera racional, planificada y eficiente asegurando que los cuidados paliativos sean un derecho legal e individual.(4).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 de este tipo de cuidados que prodiguen la atención en el control de síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. (10)

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores con enfermedad terminal actividad fundamental en la atención integral del paciente adulto mayor en la unidad de cuidados paliativos del hospital FAP Año 2016.

Este informe beneficiara al paciente, familiares, a la institución, y a los profesionales de enfermería que brindan cuidados a pacientes en fase terminal.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

#### A Nivel Internacional:

ESPINOZA Roca Alfredo A. 2005 "Cuidados Paliativos a Enfermos adultos terminales en la atención primaria de salud en el Municipio de Cienfuegos", Con el objetivo de establecer un programa para el perfeccionamiento de la atención integral del paciente terminal y sus familiares Se constató un amplio predominio de las personas de 65 años y más entre los enfermos terminales, que la gran mayoría reciben atención en el episodio al final de la muerte, que son asistidos por su médico de familia en su domicilio en una mayor proporción, predominando la decisión del paciente y de sus familiares en cuanto al sitio donde fallecieron. Entre las causas de muerte, los tumores malignos fueron mucho más frecuentes en los fallecidos con enfermedades terminales y murieron en sus domicilios todos aquellos en los que se certificó la demencia como causa de defunción .se llegó a las siguientes conclusiones: En este estudio se comprobó que existen dificultades en la formación de pre y postgrado de los profesionales de la salud en relación a la asistencia a los enfermos terminales, entre otras razones por la falta de inclusión de estos contenidos en los planes de estudio actuales y de la escasa discusión acerca de estos temas en los ambientes profesionales, a pesar de la alta frecuencia de esta situación en la práctica cotidiana. 3. Se constató la necesidad de profundizar en la capacitación sobre cuidados paliativos, a lo largo de la formación de los profesionales de la salud, en todos los escenarios docente-asistenciales posibles. 4. La implementación del programa ha permitido desarrollar habilidades y valores en todos los que participan, alcanzar una mayor satisfacción en pacientes y familiares, así como vincular estas acciones con el proceso docente educativo de los estudiantes que se forman en los diferentes escenarios de prestación de servicios. (15).



SÁNCHEZ Guio, Tania a Becerril Ramírez, Natalia, Delgado Sevilla, David 2015. "Atención y preparación del duelo en familiares de pacientes crónicos terminales: prueba piloto en Zaragoza" con el Objetivo: Evaluar si la intervención enfermera (información) disminuye el grado de ansiedad y miedo a la muerte que presentan los familiares de pacientes con enfermedad crónica terminal en la Unidad de Cuidados Paliativos de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios (OHSJD) de Zaragoza. Fue un estudio para analizar el grado de ansiedad que presentan los familiares de pacientes en situación de enfermedad crónica terminal, así como el miedo de enfrentarse a la muerte y el proceso de morir de uno mismo y ante una persona ajena, a través de dos cuestionarios validados. Tuvo como Resultado que todos los participantes disminuyeron el grado de ansiedad, siendo el grupo que recibe la intervención el que presentó mayores diferencias. Por el contrario, sólo el grupo que recibió la intervención redujo el miedo a la muerte. Llegando a la Conclusiones que La intervención enfermera demuestra ser eficaz en la reducción de la ansiedad y el miedo a la muerte y el proceso de morir en los participantes que acompañan a familiares con enfermedad terminal. Además de mejorar la calidad de vida y, por consiguiente, los cuidados al familiar enfermo (23).

### **A Nivel Nacional**

ZAPATA Durango Sandra Milagros. 2013. "Percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera en el servicio de Geriátrica del Hospital Almenara", tuvo como objetivo determinar la percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera(o) en el Servicio de Geriátrica del HNGAI. Metodología: Estudio cuantitativo, diseño descriptivo transversal, realizado en el HNGAI; la población estuvo conformada por los adultos mayores que ingresaron al servicio de geriatría durante el primer trimestre del 2013. Para la

recolección de datos se usó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario. El proceso de recolección de datos lo efectuó la investigadora en el primer trimestre del 2013. Para el análisis de datos se usó el paquete estadístico SPSS. La tesis fue sometida a la evaluación del comité de Ética en Investigación del HNGAI, respetando y teniendo en cuenta los principios éticos de investigación. Resultados: La percepción general del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera(o) en el servicio de geriatría del HNGAI es medianamente favorable 63%, el mismo resultado obtuvieron: la dimensión biológica 47%, la dimensión sociocultural 48% y la dimensión espiritual 48%, sin embargo, en la dimensión emocional, los adultos mayores perciben el cuidado como desfavorable 62%. Conclusiones: La percepción general del paciente adulto mayor frente al cuidado que reciben de las enfermeras(o) es medianamente favorable; por ende es preciso reflexionar sobre la esencia de enfermería, que es el cuidar al necesitado, un cuidado con bases humanísticas, pues el mal uso y aplicación de los avances científicos y tecnológicos, el estrés de los trabajadores de salud debido a la recarga de funciones y otras causas han hecho que el cuidado de enfermería se vuelva rutinario y frío, es decir, un cuidado deshumanizado, atentando contra la integridad de la persona.(31)

CASTILLO Gil, Estefany Fernanda Vásquez Saavedra, Leydi Soledad 2012. "Cuidado Paliativo de Enfermería en el Hospital Regional docente las Mercedes Chiclayo- Perú", tuvo como finalidad caracterizar y analizar el cuidado paliativo brindado por las enfermeras en el Servicio de Medicina General. La investigación fue abordada desde la metodología de estudio de caso; los sujetos de estudio fueron 6 enfermeras del servicio de medicina, muestra obtenida mediante la técnica de saturación, como criterios de inclusión se consideraron: profesionales que laboren de manera permanente en el Servicio de Medicina General por un periodo no menor de dos años y que desearan participar en la investigación, los

resultados se estructuraron en 4 categorías y 2 sub categorías. La primera categoría resaltó a la enfermera asumiendo el cuidado paliativo en el Servicio de Medicina; con dos sub categorías: la conceptualización que posee la enfermera de cuidados paliativos y criterios para brindar este tipo de cuidados. La segunda categoría; menciona a la familia como sujeto de cuidados y cuidador. La tercera y cuarta categorías mencionan la limitante para brindar cuidados paliativos; y alternativas de solución frente a estas limitantes. Se consideraron en todo momento los criterios de rigor científico y ético. (11).

## **2.2 Marco Conceptual**

### **Cuidados de Enfermería**

Conjunto de acciones que están orientadas a conseguir que el paciente viva el tiempo que le queda con la mayor comodidad posible, partiendo del mayor respeto a la dignidad, a la independencia del paciente y a su derecho a participar en lo que sucede a su alrededor. (3)

### **Tipos de cuidados**

Los cuidados tienen finalidad distinta y sus objetivos se orientan a la satisfacción de necesidades y/o problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales:

**Cuidados de Estimulación.-** Aumentar la capacidad del paciente para lograr la comprensión y aceptación de los daños de su salud, su participación en su tratamiento y en su auto cuidado.

**Cuidados de confirmación.** Contribuir al desarrollo de la personalidad del paciente, fortalece psicológicamente al paciente más allá de la enfermedad. Promueve el desarrollo de la personalidad.

**Cuidado de conservación y continuidad de la vida.** Provisión de cuidados que ofrezcan seguridad al paciente en el sentido más amplio.

**Cuidados de Autoimagen.** Contribución que hace el enfermero para lograr que el paciente tenga una imagen real de él y de los que conforman su entorno para ayudar a mantener su autoestima y a aceptarse-estimarse.

**Cuidados de sosiego o relajación.** Identificar situaciones de crisis y hacer un plan de recuperación cuyo objetivo será recuperar la tranquilidad del paciente y su entorno a fin de hacer frente a la crisis rápidamente.

**Cuidados de compensación.** Ayuda que debemos ofrecer al paciente para el logro del equilibrio de su salud: ayuda física, psicológica, social según las necesidades insatisfechas. Mayor importancia en pacientes en situación de mayor dependencia. (16)

**PACIENTE ADULTO MAYOR.** La OMS considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor de 60 años en los países en vías de desarrollo.

**FASE TERMINAL.** Los últimos días en la vida del enfermo, *fase terminal*, requieren una atención especial. En esta etapa pueden aparecer nuevas necesidades y causas de sufrimiento tanto para el enfermo como para la familia. Estas necesidades requieren un enfoque dirigido a potenciar el bienestar y el confort físico, emocional y espiritual; a fomentar la consecución de una muerte digna y en paz; y a apoyar a familiares y cuidadores para que el recuerdo de esta fase sea lo más positivo posible. El sufrimiento pobremente aliviado en los días previos a la muerte del enfermo se recuerda siempre por familiares y puede causar un gran sufrimiento durante meses e incluso años, y en ocasiones hace que se olviden los cuidados de etapas anteriores. La atención en los últimos días del paciente implica un diagnóstico adecuado, comprender las características del sufrimiento del enfermo, proporcionar los mejores cuidados y apoyar a la familia y a los allegados. (17)

**ENFERMEDAD TERMINAL.** Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

Situación de agonía. La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días. (14)

### **CUIDADOS PALIATIVOS**

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define estos cuidados como: *“un tipo especial de cuidado diseñado para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que le restan consientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que los quiere”*. Los cuidados paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados sanitarios y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal y en un entorno que incluye el hospital o el hogar, la familia y los amigos. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. (22) Los elementos fundamentales que definirán la enfermedad terminal son los siguientes (18):

- Presencia de una enfermedad terminal avanzada, progresiva e incurable.

- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.
- La OMS declara que los objetivos de los Cuidados Paliativos son fundamentalmente (20):
  - Alivio del dolor y otros síntomas.
  - No alargar ni acortar la vida.
  - Dar apoyo psicológico, social y espiritual
  - Reafirmar la importancia de la vida.
  - Considerar la muerte como algo normal.
  - Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.

Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo. Los cuidados paliativos se realizan a través de cuatro elementos básicos: una buena comunicación, un control adecuado de los síntomas, diversas medidas para aliviar o atenuar el sufrimiento, dar apoyo a la familia antes de la muerte y durante el proceso de duelo, se debe desarrollar una buena comunicación que permita recoger mejor sus síntomas y percibir sus preocupaciones para informarle –si lo desea– sobre su diagnóstico –“la verdad soportable”–, el estado de su enfermedad, lo que se va a hacer para controlar sus síntomas y para apoyar sus otras necesidades de carácter psicosocial que influyen en su bienestar. La naturaleza crónica de las enfermedades que acompañan la fase terminal hace que la entrega de la información necesite adaptarse a los cambios que se vayan produciendo con el tiempo y que se considere que deba ser más un

proceso a lo largo del tiempo y no un solo acto. La falta de información es una fuente de ansiedad y estrés que altera la satisfacción del paciente sobre el proceso del cuidado y la evolución de la enfermedad, mientras que informarle adecuadamente mejora el manejo psicológico y su calidad de vida. Un acercamiento centrado en el paciente y basado en la escucha activa, la empatía, y la aceptación, con una respuesta apropiada a sus problemas, permiten, no sólo que éste participe en la toma de decisiones conjuntas, sino que mejore la relación interpersonal y aumente su satisfacción y bienestar (5). El alivio del sufrimiento, una necesidad ética, pero es imposible atenuar la angustia mental del enfermo sin haberle liberado antes de una molestia física constante como el dolor. El paciente, al ver amenazadas sus expectativas vitales, desarrolla un cuadro de ansiedad, preocupación y miedo. Tiene numerosos asuntos por solucionar, unos propios, relacionados con la cercanía de su propia muerte, y otros relacionados con su familia y su ambiente, más aún si es cabeza de familia porque su vida influye de forma inexorable en el destino de su familia. El profesional de Cuidados Paliativos tiene que esforzarse para singularizar su acción y adaptarse a la temporalidad del enfermo, comprenderla y, a la vez que procurar reducir el tiempo real que puede estar prolongando su espera, debe intentar identificar la depresión y la ansiedad que contribuyen a hacer más largo el sufrimiento(9).El bienestar espiritual parece estar relacionado con la salud física, psicológica y relacional y adquiere una particular importancia en el periodo de unión entre la vida y la muerte. La espiritualidad tiende a atenuar el miedo a la muerte y justifica el reconocimiento y el apoyo del médico al enfermo para que pueda satisfacer esta necesidad porque existen personas que desean prepararse espiritualmente para morir sin por ello dejar de esperar recuperarse y vivir. (12).

## **APOYO A LA FAMILIA.**

La familia es el principal agente de cuidados para el enfermo y precisa información y aprendizaje. La enfermedad y la muerte de un familiar suponen un cambio de sus hábitos y necesita adaptarse a la nueva situación. (27) La familia es un elemento clave en la atención del enfermo en la fase terminal, porque es su red de apoyo más importante no solo para la satisfacción de sus necesidades físicas, sino también de tipo emocional y espiritual. (6)

Cuando el final de la vida está próximo por una enfermedad terminal, es prioritario dotar al paciente y a la familia de la mayor calidad de vida posible. Para un buen control del paciente es fundamental que la familia participe de forma activa en los cuidados (19) Los retos a los que se enfrentan los familiares son:

- Encontrar un equilibrio entre actuar con naturalidad o exagerar los cuidados.
- Redistribuir las funciones y las tareas del paciente.
- Aceptar apoyos para cuidarle y relacionarse con el equipo de asistencia.
- Ayudar al enfermo a dejar sus cosas en orden y a despedirse.

Por estos motivos, la familia requiere una información clara sobre la enfermedad, su evolución probable, cómo cuidarle, cómo mejorar la interrelación personal y diversos apoyos tanto de tipo físico, emocional y económico que existe en su comunidad. Las muestras de amabilidad y ayuda práctica a la familia serán recordadas con gratitud, por el contrario, su ausencia contribuirá a que tengan durante bastante tiempo un recuerdo desagradable en el trance vivido (24).



La primera intervención del equipo será la de valorar si la familia puede ser emocional y prácticamente atender de forma adecuada al enfermo en función de las condiciones descritas. Este trabajo de valoración de la situación familiar debe ir haciéndose periódicamente ya que puede modificarse bruscamente en función de la aparición de crisis (25).

**CONTROL DE SÍNTOMAS.** Un buen control sintomático en el anciano en fase terminal es la base en la que se sustentan los principios de cuidados paliativos. En las fases finales de la enfermedad, el paciente y su familia suelen dar más prioridad al buen control de sus molestias (físicas, emocionales, espirituales y sociales) que al propio diagnóstico causal. (26)

Los principales síntomas que se presentan son:

**DOLOR** Relacionado con: La enfermedad; Los tratamientos; Algunos procedimientos; Debilidad, etc.

**ANOREXIA** Es la incapacidad del paciente para comer normalmente. La causa principal es la propia carga tumoral, pero también influyen: el miedo al vómito, la saciedad precoz, disfunción autonómica, estreñimiento, dolor y fatiga, alteraciones en la boca, hipercalcemia, ansiedad y depresión, y efectos secundarios del tratamiento (25).

**ESTREÑIMIENTO** relacionado con: Tratamiento farmacológico (opiáceos, codeína); Cambio de hábitos en la alimentación; Disminución nivel de actividad; Inhibición reflejo para defecar; Poca ingesta de líquidos / fibra; Por enfermedad de base; Falta de intimidad. El estreñimiento es un síntoma frecuente, alrededor del 60% en enfermos terminales, y que preocupa bastante al enfermo y a sus familiares debido a una serie de molestias que puede ocasionar. Dichas molestias a que puede dar lugar la constipación son sensación de distensión abdominal, flatulencia, mal sabor de boca, lengua saburral, retortijones o incluso náuseas y vómitos en casos extremos. En enfermos muy deteriorados puede presentarse inquietud o estado confusional (25).

DIARREA relacionada con: Obstrucción intestinal, Tratamiento farmacológico, Fecaloma (sobreflujo, pseudodiarrea), Infecciones, Exceso de laxantes, Por el proceso tumoral

RETENCIÓN relacionada con: Obstrucción intestinal, Tratamiento farmacológico, Fecaloma (sobreflujo, pseudodiarrea), Infecciones, Exceso de laxantes, Por el proceso tumoral.

### **PROBLEMAS RESPIRATORIOS**

La disnea se presenta en el 30-40% de todos los cánceres avanzados y terminales y en el 65-70% de los broncogénicos, en los que es el síntoma principal en la fase de enfermedad avanzada. La disnea puede aparecer en los últimos días o semanas de la evolución de diferentes enfermedades en el contexto de un fracaso multiorgánico, comportándose entonces como factor de mal pronóstico a muy corto plazo.

ÚLCERAS relacionadas con: La enfermedad (úlceras malignas); La inmovilidad (UPP); Exacerbación de síntomas

ANSIEDAD relacionada con: Miedo a la muerte, al abandono, a la soledad y al aislamiento y la incompreensión, al dolor, al tratamiento, a la evolución del proceso, a la pérdida de conciencia, a ser una carga para otros

### **LA ENFERMERÍA PALIATIVA**

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 La enfermera es el miembro del equipo sanitario más próximo y en estrecho contacto con el individuo y su

núcleo familiar; sobre todo, en fase de enfermedad, debe asumir también los cuidados que precisen en el final de la vida (27,3). Los principales objetivos que debe tener la enfermera en su atención a pacientes en fase terminal (27)

- Proporcionar todos los cuidados de Enfermería que necesita un paciente en fase terminal, consiguiendo la mayor de calidad de vida para él y sus allegados.
- Valorar las alteraciones en la calidad de vida provocadas por la enfermedad y su tratamiento, procurando el mayor equilibrio físico, psíquico y ambiental del enfermo.
- Aconsejar y educar a la familia y al paciente sobre la dieta, medicamentos, higiene, cambios posturales, ayudándoles a prevenir y sobrellevar los momentos de crisis.

Para una intervención paliativa en un enfermo en situación terminal, si queremos disminuir su sufrimiento y aumentar su bienestar, deberemos (2):

- Identificar aquellos síntomas somáticos y/o alteraciones psicológicas que son percibidos por el paciente como una amenaza importante, estableciendo su grado de priorización amenazadora desde el punto de vista del paciente.
- Compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas.
- Detectar y potenciar los propios recursos del enfermo con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia. Aumentar su percepción de control sobre la situación y los síntomas.
- Si el estado de ánimo del paciente presenta características ansiosas, depresivas u hostiles, habrá que utilizar las técnicas específicas para modificarlo o compensarlo y evitar que se cronifique y se convierta en patológico.
- Si el paciente está bien adaptado, se analizará la conveniencia de utilizar, con carácter preventivo algunas estrategias que impidan la

aparición de estados de ánimo ansiosos, depresivos u hostiles. También la posibilidad de proporcionar la paciente estimulación positiva y reforzante, susceptible de incrementar su bienestar. Se puede combatir el sufrimiento de los enfermos mediante estrategias como la información, la distracción, la reevaluación cognitiva, la relajación o las hipnosis, susceptibles de alejar o atenuar la sensación de amenaza.

- Ofrecerle compañía: un acompañamiento respetuoso y comprensivo le indicará que estamos dispuestos a ayudarle ante lo que se pueda encontrar.
- Escucharle con atención: además de mostrarle interés, respeto y apoyo para enfrentarse mejor con este tiempo difícil, permite al cuidador apreciar la actitud del paciente ante la enfermedad.
- La importancia del contacto físico: sujetar su mano, tocar su hombro, colocar mejor su almohada, sentarse a su lado, comunicarse con él, transmitirle cariño y confianza, secar su frente y tratarle con amabilidad; incitar a la familia para que esté junto a él. El tacto actúa como antídoto contra el temor y la ansiedad, le confiere seguridad, facilita el compartir y, a la vez que libera su poder natural de curación, trae la paz.
- Ser sensible a sus problemas. Muchos temen a la muerte, a que su vida carezca de sentido y padecer problemas financieros, dificultades en el hogar, trastornos emocionales y fatiga familiar. Es necesario dedicarle tiempo para conocer lo que les preocupa y ofrecer nuestro apoyo. La proximidad de la muerte crea la necesidad una nueva jerarquía de valores y ayuda a vivir el momento actual con mayor intensidad con un deseo de crear verdaderas relaciones. La atención debe ser integral, cuidando las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Necesitan cuidados de confort, los cuales requieren de una determinada actitud personal, a la vez que el desarrollo de un mayor equilibrio y madurez (24).

## **CUIDADOS POST-MORTEM:**

Si bien es cierto, tanto la muerte como el nacimiento están indicados por importantes cambios biológicos y culturales que puntúan la existencia de cada persona. (30)

La orientación básica de los profesionales que estén presentes en el momento de la muerte, es la de dar apoyo moral a los familiares y resolverles los problemas concretos:

- En el momento de la muerte es muy frecuente una explosión emocional de la familia. En estos instantes, quizás nuestra única ayuda puede ser nuestra presencia confortante.
- Adoptar una actitud contenida, de escucha y afecto.
- En todos los casos, respetar las manifestaciones de duelo de los familiares (18).
- La agonía del paciente es un momento importante e íntimo donde nuestra presencia va a significar una relación especial con él y su familia.
- Una vez que el médico ya ha certificado la muerte del enfermo y ha informado a la familia, conviene que ésta permanezca con el fallecido el tiempo que ellos necesiten para manifestar sus emociones por medio del llanto, quejas o el silencio respetuoso.
- Una vez que ya han agotado este primer momento, se les invitará a retirarse a otra dependencia, mientras se procede a la aplicación de los cuidados post-mortem a la persona fallecida.
- La muerte no debe afectar a la dignidad del fallecido, el cuidado respetuoso y afectuoso debe ser la norma básica en nuestras maniobras.
- La muerte de un ser querido produce un choque emocional que, en ocasiones, les impide reaccionar.
- Cada uno expresa su dolor y la pérdida como puede desde el llanto a gritos, hasta el bloqueo extremo.

- El silencio, la presencia o el contacto físico, suelen ser la mejor respuesta por parte de los cuidadores. Las palabras pueden resultar inapropiadas, inoportunas y hasta impertinentes.
- Hay que informarles y explicarles lo sucedido, permitir que expresen su dolor y pena. Facilitarles las manifestaciones y los ritos según sus creencias, cultura y religión.
- Hay que reforzarles y desculpabilizarles agradeciendo su colaboración en los cuidados y su disponibilidad en momentos difíciles.
- Hay que consolarles con el gesto, presencia y disponibilidad de todo el equipo, ofreciéndoles nuestro apoyo.

### 2.3 Definición de Términos

- **ENFERMERA:** Profesional de la salud formada en una institución universitaria, que posee el título de licenciada de enfermería a nombre de la nación, registrado en el Colegio de Enfermeros del Perú cuyo rol principal es el cuidado del paciente adulto mayor
- **CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** Es el conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda la enfermera al adulto mayor temporal o indefinidamente, lo requiere para satisfacer sus necesidades biopsicosocial y espiritual.
- **PACIENTE:** Persona que padece física y corporalmente. Paciente enferma en tratamiento médico.
- **ADULTO MAYOR:** Es aquella persona que supera los 60 años.
- **FASE TERMINAL:** Enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses (29)
- **PALIATIVOS:** Mitigar la violencia de ciertas enfermedades, especialmente de las crónicas e incurables

- **CUIDADOS PALIATIVOS:** "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" (1).
- **FAMILIA:** Conjunto de individuos que tienen algo en común. Grupo de personas vinculadas entre sí por relaciones de matrimonio, parentesco o afinidad.
- **SERVICIO DE GERIATRÍA:** Es la unidad donde se brinda atención integral de salud a pacientes mayores de 60 años. Cuenta con un equipo multidisciplinario formado por medico geriatra enfermera nutricionista psicólogo asistente social, terapistas físicos ocupacionales y otros, quienes están altamente capacitados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que padecen los adultos mayores.
- **UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS:** Nivel de atención hospitalaria cuyo objetivo principal de la atención del paciente con enfermedad terminal es brindar su asistencia en sus últimas semanas o días de vida, que por determinadas condiciones no puede mantenerse en su domicilio, son un conjunto de medidas medico sociales destinados a mejorar la calidad de vida de los enfermos en fase terminal y apoyar a su familia.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó:

- El Cuaderno de estadística del e total de obtuvo el total de ingresos egresos de pacientes a la unidad, así como el total de fallecidos, el diagnóstico y el tiempo de permanencia de los mismos.
- El cuaderno de reporte de enfermería, datos relevantes de cada turno respecto al paciente y el familiar o cuidador.

#### **3.2 Experiencia Profesional**

Mi estudio superior inicié en 1985 en la Universidad Nacional mayor de San Marcos culminando satisfactoriamente como licenciada de enfermería luego realicé el servicio rural SERUMS en la dirección de salud sesquicentenario del Callao el cual fue un año culminando con un informe del SERUMS en 1993 me colegié en el colegio de enfermeros del Perú. Empecé a laborar en forma particular en clínicas asociados a ESSALUD También laboré en el centro de salud de Canto Grande en la campaña del cólera y en el centro de salud de Villa Leticia Cajamarquilla.

En el año 1995 ingresé a laborar al Hospital de la Fuerza Aérea Del Perú por concurso abierto en calidad de contrato, siendo nombrada en setiembre del mismo año, desde ese año me desempeñé como enfermera asistencial se inició en los servicios de Médico quirúrgicos hasta el año 2010, desempeñando cargos de jefa interina en varias oportunidades así mismo he rotado por los servicios de medicina cirugía traumatología, geriatría. Desde el 2010 hasta la fecha me encuentro laborando en el Departamento de gerontología y geriatría, en diferentes niveles de atención, como en visitas domiciliarias, hospital de día, unidad de



cuidados paliativos donde me desempeño en forma permanente .en la unidad de cuidados paliativos he adquirido experiencias en el manejo de pacientes en con enfermedad en etapa terminal destacando el cuidado individualizado brindando el máximo confort y bienestar del paciente logrando una calidad de vida hasta el final ,dando cuidados en la etapa de agonía y cuidados post Mortun.

### **3.3. Procesos realizados en el tema del informe**

La unidad de cuidados paliativos del Hospital de la Fuerza Aérea Del Perú atiende a pacientes adulto mayores con enfermedades oncológicas y no oncológicas, la mayoría en fase terminal, muchos de estos pacientes, tienden a entrar en un estado crepuscular entre la vida y la muerte donde parecen continuar siendo conscientes del sonido, tacto y de otros sonidos, los que les permite percibir la presencia de otra gente (8).En esta fase terminal presentan :un deterioro evidente del estado físico., Disminución del nivel de conciencia, desorientación y/o trastornos en la comunicación, Incontinencia urinaria y/o fecal, anuria. Respiración húmeda y ruidosa: estertores. Espasmos musculares: mioclonías. Alteración constante vitales ,livideces en la piel, etc. Por lo que nosotras las enfermeras realizamos los cuidados de confort necesarios para que la transición entre la vida y la muerte se realice de acuerdo con sus expectativas y deseos logrando una mejor calidad de vida; El cuidado es individualizado e integral con énfasis en los aspectos biopsicosocial y espiritual del paciente dirigidos a conseguir el máximo confort y bienestar de paciente y la familia, teniendo en cuenta que la familia juega un papel muy importante en el tratamiento y alivio del sufrimiento de estos pacientes ,por lo que el servicio brinda las facilidades para la permanencia de la familia. Nosotras dedicamos un tiempo especial que incluye el escuchar al paciente y/o familiar así como orientar sobre los cuidados en relación a los síntomas que presenta el paciente, y como la intensidad de estos varían requiriendo

un mayor control y cuidado vemos que el dolor se agudiza, y a veces requiere la sedación, o el deterioro cognitivo se agudiza y ya no puede alimentarse entonces va requerir a veces de colocación de sonda nasogástrica por ejemplo entre otras medidas terapéuticas.

En esta unidad tenemos una carta funcional de enfermería asistencial siguiendo un perfil de la enfermera paliativa considerando en cada momento nuestra capacidad de escucha, empatía y comprensión, respeto y tolerancia y sobre todo madurez personal sobre todo ante la muerte.

Las funciones que he desempeñado como enfermera en la unidad son:

**1. La Valoración del paciente.** La valoración se realiza desde el momento que ingresa el paciente. Observamos el estado de conciencia, si está lucido, la integridad de la piel, si tiene vía, sondas, aporte de oxígeno, estado de higiene.

Como parte de la valoración integral del paciente primero realizamos el examen físico céfalo caudal, donde es importante revisar los signos vitales, la piel, la marcha y equilibrio, para ver si hay riesgo de caídas, los órganos de los sentidos y los sistemas, especialmente el sistema nervioso. Aplicamos la escala de valoración de riesgo de úlceras de presión: Escala de Braden (ANEXO 1), también aplicamos la Escala de valoración de riesgo de caídas : Escala de JH DOWNTON MODIFICADO (ANEXO 2), Escala de valoración funcional de la Cruz Roja para determinar el grado de funcionalidad, y la escala de valoración del dolor EVA.

Los signos vitales como la temperatura donde la hipotermia en el adulto mayor puede pasar inadvertida si el termómetro no es capaz de medir temperaturas unos pocos grados por debajo de las normales. La ausencia de fiebre no excluye infección.

Los pulsos y la tensión arterial deben medirse en ambos brazos. El pulso se registra durante 30 segundos; toda irregularidad observada debe

quedar anotada en la historia clínica. Dado que numerosos factores pueden alterar la tensión arterial, ésta debe medirse varias veces tras descansos de >5 minutos. La tensión arterial puede sobreestimarse en los pacientes ancianos porque sus arterias son más rígidas.

La frecuencia respiratoria normal en los ancianos puede ser de hasta 25 respiraciones/minuto.

**La valoración de síntomas:** es importante realizar una valoración de los síntomas del paciente como el dolor disnea, náuseas, angustia ansiedad, para luego realizar el plan de atención siguiendo del PAE

Se realiza la entrevista verbal al familiar y/o cuidador del paciente sobre la dieta, tratamiento, gustos preferencias (música tv), hábitos de sueño, religión, etc. Y se le solicita materiales de aseo ropa adecuada, cremas, pañales, necesarios para su cuidado, se brinda apoyo emocional al paciente y la familia y se participa en la evaluación médica diaria del paciente

Se brinda orientación en todo momento al paciente y/o familiar sobre los cuidados del paciente según cómo van evolucionando los síntomas cuidados de la piel, la boca, incontinencia, aseo y confort y de los procedimientos a realizarse por el equipo de la unidad así también de lo que puede suceder y cómo actuar sensibilizándole a que permanezca cerca del paciente, para lo cual se le brinda todas las facilidades.

- Se administra el tratamiento indicado por el medico geriatra, aplicando guías y protocolos de procedimiento de enfermería de la unidad ,en la unidad tenemos un manual con guías de procedimientos (la guía de colocación de sonda nasogástrica, sonda vesical, colocación de vías: ev, sc, de administración de enemas, de aspiración de secreciones de gastroclisis, de ingreso

de paciente, de cuidado post mortum, etc.). En todo momento se mantiene la comunicación con el paciente aunque no nos conteste nos escucha así mismo con la familia, se les informa y explica los procedimientos que se le está realizando resolviendo dudas e interrogantes bajo los principios bioéticos de nuestra profesión, se observa que la familia se resiste al diagnóstico de terminalidad de su paciente

- Se realiza notas de enfermería de admisión y de evolución en la historia clínica en cada turno, actualizando los diagnósticos de enfermería los cuales varían de acuerdo con la fase en que se encuentre el paciente.
- Se realiza educación sanitaria en forma continua a la familia y/o cuidadores sobre los cuidados generales y sobre las complicaciones y síntomas que van evolucionando sobre todo en la fase agónica en forma continua.
- Brinda apoyo emocional al familiar frente a crisis situacional cuando se agudizan los síntomas, en la fase avanzada, pre-agónica o agónica, así como en la fase del duelo. Se brinda soporte espiritual al paciente y familia si lo desea contando con el apoyo del sacerdote del hospital si es católico de lo contrario se da facilidades para visita de su pastor según su religión. La enfermera se comunica en forma oportuna con el médico geriatra sobre el estado del paciente en las últimas horas de vida y coordina así mismo para la certificación del fallecimiento es el médico geriatra quien certifica el fallecimiento e informa al familiar.
- Se realiza una oración en el ambiente del paciente fallecido con la familia y todo el equipo de la unidad de cuidados paliativos.
- Se realiza cuidados de enfermería post mortem. Y se brinda apoyo emocional y espiritual a los familiares. Siguiendo con el protocolo del servicio.

- Al final de su estancia se aplica una encuesta sobre el nivel de satisfacción de los cuidados brindados por enfermería, la opinión del servicio brindado por enfermería.

Dentro de las funciones administrativas realizamos:

- El registro del ingreso en el cuaderno de estadística y en el censo diario de pacientes.
- Se elabora una cartilla de identificación que será colocado en su cama.
- Se realiza la lectura de cartilla de recomendaciones de ingreso a la unidad luego del cual el familiar firma un cargo. Los familiares pueden visitar durante todo el día, se da facilidades para la comunicación y compañía permanente de sus seres queridos, un familiar puede quedarse las 24 horas del día o pernoctar para que el paciente este siempre acompañado.
- Se hace firmar al familiar los formatos que son requisitos indispensables de ingreso a la unidad como son el consentimiento informado y el de autorización de procedimientos donde se detalla los procedimientos que la familia y/o el paciente acepta se le realice y cuales no acepta. Así mismo se le solicita al familiar que traiga una fotocopia simple del DNI del paciente.
- La enfermera coordina con el equipo multidisciplinario en forma permanente: terapia física terapia ocupacional, psicología asistenta social, nutricionista y medico geriatra para la atención integral del paciente.
- La enfermera coordina con el sacerdote o con el representante de su religión, para el apoyo espiritual con el consentimiento de la familia. Una vez se producida el fallecimiento y luego de los cuidados post mortem se da apoyo emocional a los familiares, se realiza una oración en su ambiente con los familiares y se le orienta con los tramites de traslado con el seguro de sepelio FAP. Y finalmente se aplica una encuesta de satisfacción de la atención brindada.

Otras funciones que se realizan en el servicio:

-Se realiza curso de capacitación dos veces al año para cuidadores y familiares sobre los cuidados, así como los cambios fisiológicos en adulto mayor y las patologías que se presentan.

En relación con casos relevantes en la unidad:

Hemos tenido en el servicio pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, donde la paciente ingresa a la unidad con mucho dolor, náuseas y sobre todo ansiedad y angustia lo cual se exagera más cuando el familiar no estaba cerca y tenía conflictos por resolver, y cuando se logró el acercamiento y permanencia de los hijos la paciente mejoro su estado emocional al final tuvo una muerte tranquila en compañía de sus hijos. El apoyo espiritual también es muy relevante porque hemos tenido casos donde el paciente se siente más tranquilo cuando recibe el sacramento de la unción del enfermo.

En el servicio brindamos educación a la familia incentivamos a su participación en cuidado. Si el paciente sale de alta, el nexo entre el paciente enfermera y familiar no se pierde, los familiares continúan acercándose al servicio en busca de asesoría y guía para el manejo del paciente en casa a través de las visitas domiciliarias geriátricas o a su reingreso a la unidad.

**En relación con los aportes:** se han desarrollado Guías de procedimientos de acuerdo con los avances científicos, así como actualizaciones de las que ya había en el servicio como la guía de administración de medicamentos vía subcutánea que es una vía de elección cuando la vía oral no es posible al final de la vida. Una guía que hemos actualizado es la curación de úlceras por presión con el uso de hidrocoloides.

**En cuanto a las Innovaciones:** Se ha propiciado el acompañamiento familiar, así como también el acompañamiento espiritual los familiares participan de la oración diaria con el equipo de enfermeras también recibe el sacramento del sacerdote de la parroquia del hospital.

**Teniendo en cuenta el modelo de:** Jean Watson quien se basa en el existencialismo, sostiene que el amor incondicional y los cuidados son esenciales para la supervivencia, y se centra en las relaciones transpersonales de la persona. Los adultos mayores requieren un cuidado holístico que promueva el humanismo la salud y la calidad de vida. El cuidado de enfermería que desarrollamos es a partir de la comunicación y de la relación interpersonal personalizada con el paciente adulto mayor en fase terminal de nuestra unidad y /o con el familiar, priorizando sus necesidades físicas psicológicas sociales y espirituales, así como el control de los síntomas promoviendo la calidad de vida el alivio del sufrimiento y una muerte digna.

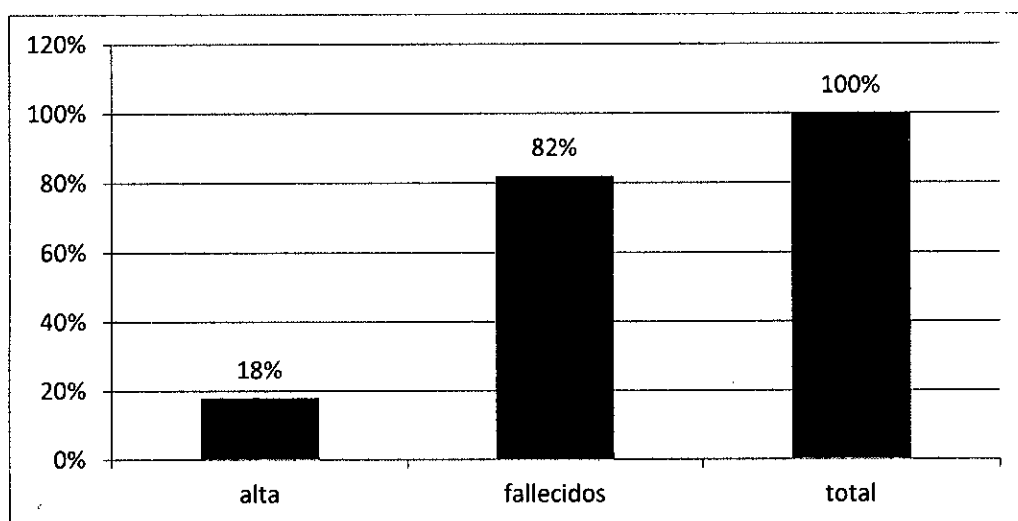
Con mis años de experiencia he podido observar que estos pacientes adultos mayores con enfermedad oncológica o no oncológica en fase terminal presentan síntomas intensos de dolor ,angustia, delirium, y otros que requieren mucho del cuidado interdisciplinar del equipo de geriatría y sobre todo de la enfermera que es la permanece las 24 horas; así mismo vemos que muchas veces la familia no participa del cuidado y los abandonan y/ o dejan con cuidador, por otro lado algunos de los problemas no están protocolizadas por lo que propongo una guía de intervención de enfermería en cuidados paliativos .

## IV RESULTADOS

**CUADRO N 4.1**  
**CONDICIÓN DE EGRESO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**  
**EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL**  
**CENTRAL FAP 2016**

ALTAS	7	18
FALLECIDOS	30	82
TOTAL	37	100

**GRAFICO N 4.1**  
**CONDICIÓN DE EGRESO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**  
**EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL**  
**CENTRAL FAP 2016**

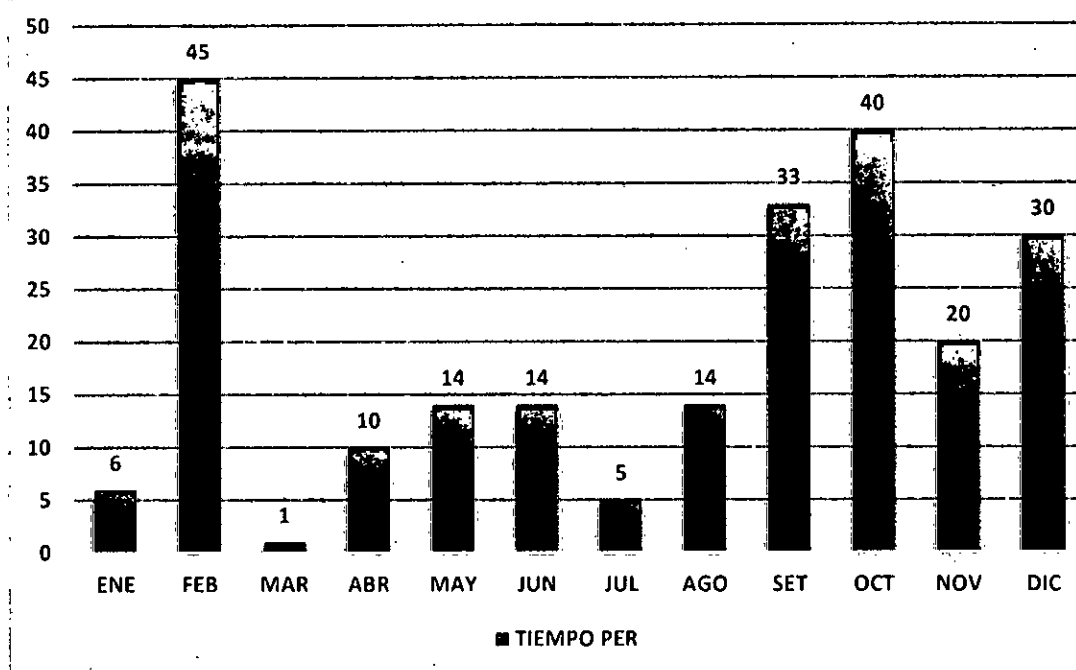


Según el cuadro 4.1 grafico N 4.1. Vemos que en el año 2016 ingresaron a la unidad 37 pacientes y fallecieron 30 que representa el 82 % del total. Como se observa la mayoría de pacientes fallecen en la unidad ya que ingresan con criterios de terminalidad para tratamiento paliativo.



**GRAFICO N. 4.2.**

**TIEMPO DE DURACIÓN DE LA CONDICIÓN DE LOS PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS AÑO-2016.**



Como vemos en el gráfico N. 4.2 el tiempo de permanencia en la unidad 8 de cuidados paliativos en la mayoría de casos es corto de ahí la importancia de la calidad de atención y alivio de síntomas, para contribuir a la calidad de vida durante sus estancia.

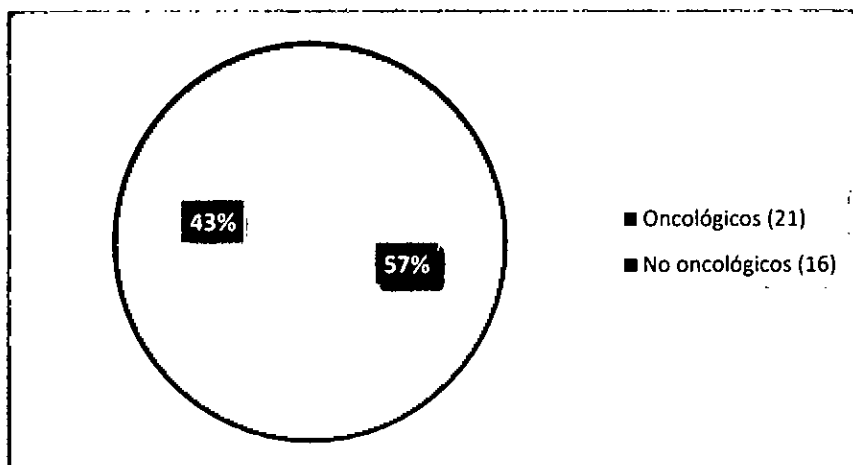
### CUADRO N 4.3

#### NUMERO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y NO ONCOLÓGICA HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS .2016

PACIENTES	Nº	%
No oncológicos	16	43
Oncológicos	21	57
Total	37	100

GRÁFICO N. 4.3

#### NUMERO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y NO ONCOLÓGICA HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS .2016



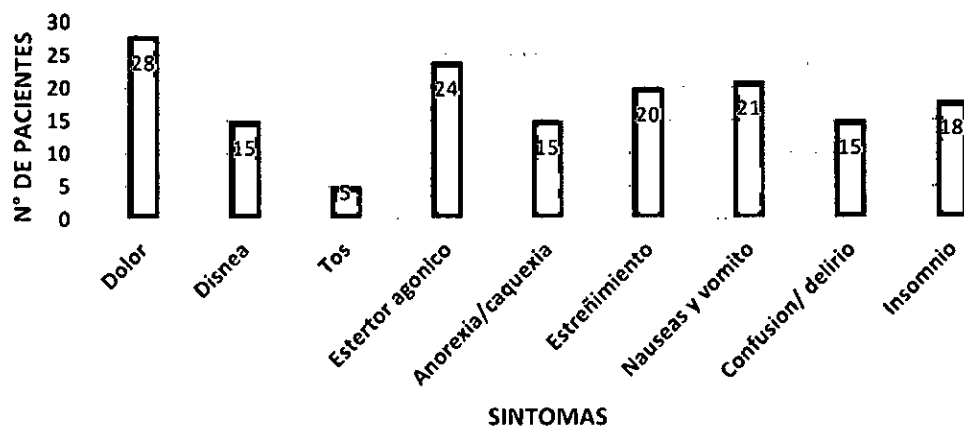
En el cuadro N° 4.3, gráfico N° 4.3 se observa que del total de pacientes hospitalizados, 16 tienen una enfermedad no oncológica representando el 43% y 21 ingresaron con enfermedad oncológica representado el 57% del total; prevaleciendo el cáncer en la mayoría de los pacientes.

**CUADRO N 4.4**  
**PRINCIPALES SÍNTOMAS QUE PRESENTARON LOS PACIENTES**  
**ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE**  
**CUIDADOS PALIATIVOS AÑO 2016**

<b>Síntomas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>Total</b>
Dolor	28	76	37	100%
Disnea	15	41	37	100%
Tos	5	14	37	100%
Estertor agónico	24	65	37	100%
Anorexia/caquexia	15	41	37	100%
Estreñimiento	20	54	37	100%
Náuseas y vomito	21	57	37	100%
Confusión/ delirio	15	41	37	100%
Insomnio	18	49	37	100%

**GRAFICO N 4.4**

**PRINCIPALES SINTOMAS QUE PRESENTARON LOS**  
**PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN**  
**LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. AÑO 2016**



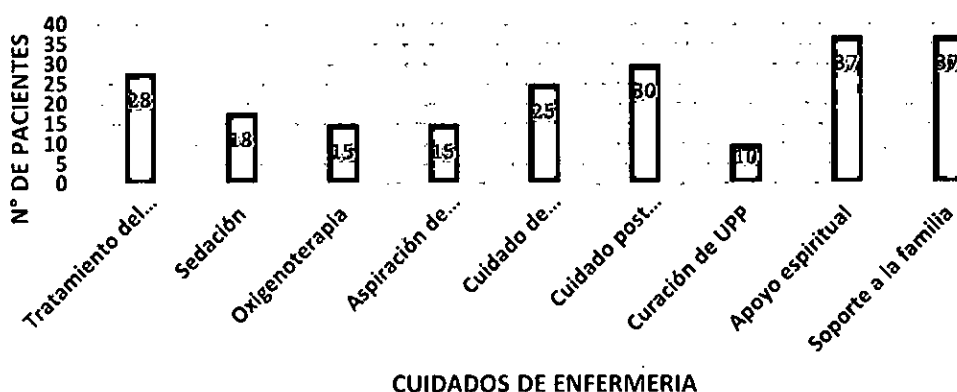
En el cuadro N° 4.4 y GRAFICO 4.4 se observa que dentro de los síntomas más frecuentes que presentaron los adulto mayores en fase terminal es el dolor y el estertor agónico, así como también las náuseas y vómitos ;que requirieron de una atención integral e individualizada de enfermería para mejorar la calidad de vida hasta el desenlace final.

**CUADRO N 4.5**  
**PRINCIPALES CUIDADOS DE ENFERMERÍA BRINDADOS A LOS**  
**PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA**  
**UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS AÑO 2016**

Cuidados de Enfermería	Nº	%	Nº	Tótal
Tratamiento del dolor	28	76	37	100
Sedación	18	49	37	100
Oxigenoterapia	15	41	37	100
Aspiración de secreciones	15	41	37	100
Cuidado de cavidad oral	25	68	37	100
Cuidado post mortem	30	81	37	100
Curación de UPP	10	27	37	100
Apoyo espiritual	37	100	37	100
Soporte a la familia	37	100	37	100

**GRAFICO N 4.5**

**PRINCIPALES CUIDADOS DE ENFERMERIA BRINDADOS**  
**A LOS PACIENTES ADULTO MAYOR HOSPITALIZADOS**  
**EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

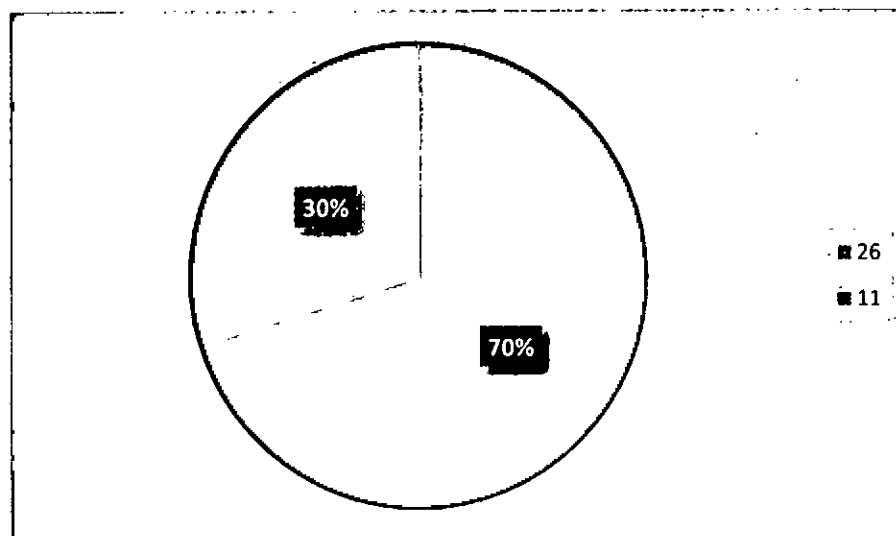


En el Cuadro 4.5 y Grafico 4.5 se puede observar que dentro de los principales cuidados de enfermería que se brindaron a los pacientes adulto mayor en fase terminal fue el soporte emocional y espiritual al paciente y la familia así como el tratamiento del dolor, evitando el sufrimiento, logrando el bienestar y mejorando la calidad de vida con la consecución de una muerte digna

**CUADRO N° 4.6**  
**COMPAÑÍA FAMILIAR DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN**  
**LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL**  
**FAP .2016.**

PACIENTES	N°	%
EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR	26	70
SIN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR	11	30
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N 4.6**  
**COMPAÑÍA FAMILIAR DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN**  
**LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL**  
**FAP .2016.**



Como vemos en el cuadro 4.6 y en el Gráfico N 4.6. El 70 % de pacientes permanecieron con su familiar o cuidador y un 30 % permaneció solo durante su hospitalización, por lo que es necesario seguir sensibilizando a la familia a que se integre en el cuidado del paciente.

## V. CONCLUSIONES

Al término del informe se concluye lo siguiente:

- a. El mayor porcentaje de pacientes hospitalizados tuvieron enfermedad oncológica, con un tiempo de permanencia corta con un alto porcentaje de fallecidos. Así mismo la mayoría permaneció en compañía de sus familiares hasta sus últimos días.
- b. Dentro de los principales síntomas que presentaron los pacientes adultos mayores hospitalizados en la unidad de cuidados paliativos destaca el dolor y el estertor agónico, náuseas y vómitos, estreñimiento e insomnio, entre otros; que requirieron una adecuada evaluación y tratamiento individualizado.
- c. Los principales cuidados que se brindan en la unidad de cuidados paliativos son el soporte emocional y espiritual al paciente y familia así como el tratamiento del dolor, con un enfoque de atención integral y personalizada.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a. Se recomienda a la institución que promueva las capacitaciones integrales al personal del área de cuidados paliativos.
- b. Se propone a la Institución que se apruebe y se utilice la guía de intervención de enfermería en cuidados paliativos.
- c. Se recomienda a la institución establecer un programa de consejería y orientación para los familiares y cuidadores de los pacientes que se hospitalizan en la unidad de cuidados paliativos.
- d. Promover y fomentar los cuidados paliativos a nivel de las diferentes instituciones de salud.

## VII. REFERENCIALES

1. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 804, 1990.
2. ARRANZ P, Barbero JJ, Barreto P y Bayés R. **Intervención emocional en cuidados paliativos**. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2003.
3. ARRATIBEL MC, De Campo A, Carrera I, Chico MT, Crespo JM, Eskisabel B, et al. **Guía de Enfermería en Cuidados Paliativos**. Equipo consultor de Cuidados Paliativos. Hospital de Donosita: Servicio Vasco de Salud, 2001.
4. ARRIETA Ana y Col. **Cuidados Paliativos ARABA. Proceso Asistencial Integrado**. Osakidetza-Servicio vasco de salud. Dirección Territorial de Álava- Departamento de Sanidad y Consumo; Mayo-2012. Pág. 4-5.
5. ASTUDILLO W. Mendinueta C. **La comunicación en la fase final**. Biblioteca Básica DuPont Pharma para el médico de A.P. Nilo Industrias. Madrid. 1998, 37-65.
6. ASTUDILLO W., Mendinueta C. **Cómo ayudar a la familia en fase terminal**. Editado por la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián, 2ª edición 2002
7. ASTUDILLO W. Mendinueta C., Orbegozo A. **Presente y futuro de los Cuidados Paliativos. En: Avances recientes en Cuidados Paliativos**. Editado por W. Astudillo, A. Morales, E. Clavé, A. Cabarcos y E. Urdaneta. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián, 2002,15-46
8. ASTUDILLO W. Mendinueta C. **Cómo ayudar a un enfermo en fase terminal**. Editado por la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián, 4ª edición 2003.



9. BÁYES R. **Alguna aportación de la Psicología del tiempo a los Cuidados Paliativos**. Medicina Paliativa 2000,17: 3,101.105.
10. CASTAÑEDA de la Lanza, C., O'Shea C, G., Lozano Herrera, J. and Castañeda Peña, G. **Cuidados paliativos: la opción para el adulto en edad avanzada**. Gaceta Mexicana de Oncología. Volumen 14, Issue 3, May–Jun 2015, Pág. 176-180.
11. CASTILLO E, Vásquez L. **Cuidado paliativo de enfermería en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, Perú** [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012.
12. CHIBNALL JT, Videen SD, Duckro PN, Miller DK. **Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions**. Palliative Medicine 2002; 16:331-338.
13. CRUCEIRO A. **Ética en cuidados paliativos**. Madrid: Ed. Triacastela, 2004.
14. **Declaración sobre la atención médica al final de la vida**. Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Enero 2002.
15. ESPINOZA Roca A. **Cuidados paliativos a enfermos adultos terminales en la atención primaria de salud** [Tesis doctoral]. Villa Clara: Universidad de Ciencias Médicas. Villa Clara. Facultad de Ciencias Médicas. Cienfuegos; 2006.
16. Enfermeriacicsuma41.blogspot.pe. (2017). **TIPOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**. [online] Available at: <http://enfermeriacicsuma41.blogspot.pe/2014/08/tipos-de-cuidados-de-enfermeria.html>.
17. Fürst CJ, Doyle D. **The terminal phase**. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 1117-33.

18. GÓMEZ Sancho M. **Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales**. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria, 1994.
19. HERNÁNDEZ Rojas V.M. **La familia como dadora de cuidados**. En: Sánchez Manzanera R. **Cuidados Paliativos: Avances sin final**. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá, S.L., 2001. pp. 403-414.
20. LÓPEZ Imedio E. **Enfermería en Cuidados Paliativos**. Madrid: Ed. Panamericana, 1998.
21. PASTRANA T, De Lima L, Wenk R, Eisenechlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C (2012). **Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP**. 1ª Edición. Houston: AHPC Press.
22. RHYMES, J. **“Barriers to Palliative Medicine” en Cáncer Control**, Vol. 3, No. 3 (1996), USA, p. 230-235.
23. SÁNCHEZ Guio, Tania y otros. **Atención y preparación del duelo en familiares de pacientes crónicos terminales: prueba piloto en Zaragoza**, Ed. Sociedad Científica Española de Enfermería (SCELE), RECIÉN. *Revista Científica de Enfermería*. 2016, 11: 26 p.
24. Schüller Prieto C, Isaac Pérez MD. **Cuidados del paciente en situación agónica**. En: López Imedio E. **Monográficos de Enfermería. Formación Continuada: Cuidados Paliativos**. Madrid: Olalla Ediciones, 1996. pp. 105-117.
25. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. **Guía de Cuidados Paliativos** [En Línea] [Consulta: 22 marzo 2004] <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>
26. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG); Varios autores. **Tratado de Geriátría para residentes**. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2007. cap.75, pág. 765.

27. SOLÓRZANO Sánchez M. **Los cuidados de Enfermería en los Cuidados Paliativos.** Salud y Cuidados [En Línea] N° 2 (2002). [Consulta: 5 marzo 2004]  
<http://www.saludycuidados.net/numero2/sumario2.htm> ISSN 1578-9128
28. TORRES, L. M; Vidal, M. A; **In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos.** Rev. Soc. Esp. Dolor 13 (2006);3 :143 - 144
29. Vida digna. **Glosario de términos al final de la vida.** 2013,1-2.
30. ZAMUDIO T. **Cuestiones jurídicas y bioéticas entorno a la Muerte.** Curso en línea. Disponible en:  
<http://muerte.bioetica.org/clas/muerte8.htm>
31. ZAPATA Durango, Sandra M. **Percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera en el Servicio de Geriátrica del Hospital Almenara** [Tesis]. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada Universidad Ricardo Palma, 2013.

# **ANEXOS**

ANEXO N° 1

ANEXO

ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS DE JH DOWNTON  
MODIFICADO

Nombre del paciente:

Fecha:

Nº de HCL:

Edad.

Hora:

Servicio:

Critero	ESPECIFICACIONES	SI:1	NO:0
<i>Caidas Previas</i>			
<i>Medicamentos</i>	<i>Ninguno</i>		
	<i>Tranquilizantes o sedantes</i>		
	<i>Diuréticos</i>		
	<i>Hipotensores (no diuréticos)</i>		
	<i>Antiparkinsonisanos</i>		
	<i>Antidepresivos</i>		
	<i>Otros medicamentos (venoclists)</i>		
	<i>Antieméticos</i>		
	<i>Analgésicos</i>		
<i>Deficiencias Sensoriales</i>	<i>Ninguna</i>		
	<i>Alteraciones visuales</i>		
	<i>Alteraciones Auditivas</i>		
	<i>Extremidades (pacientes post operados de anestesia regional)</i>		
	<i>Paciente traumatológico</i>		
	<i>Alteraciones de conducta</i>		
	<i>Alteraciones Neurológicas</i>		
<i>Estado Mental</i>	<i>Orientado</i>		
	<i>Confuso</i>		
<i>Marcha</i>	<i>Normal</i>		
	<i>Segura con ayuda</i>		
	<i>Insegura con/sin ayuda</i>		
	<i>Imposible</i>		
<b>SUMAR UN PUNTO POR CADA ITEM CON ASTERISCO</b>			
<b>TRES O MAS PUNTOS INDICAN ALTO RIESGO DE CAIDA</b>			
<b>CLASIFICACION</b>			
<b>4 a mas : Alto riesgo</b>			
<b>2 a mas : Mediano Riesgo</b>			

## ANEXO N° 2

### HOJA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES

EDAD  SEXO  FECHA DE INGRESO

PROCEDENCIA  UNIDAD

ESCALA DE BRADEN - BERGSTROM

PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICION	RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS
COMPLETAMENTE LIMITADA	CONSTANTEMENTE HUMEDA	ENCAMADO	COMPLETAMENTE INMOVIL	MUY POBRE	PROBLEMA
MUY LIMITADA	HUMEDA CON FRECUENCIA	EN SILLA	MUY LIMITADA	PROBABLEMENTE INADECUADA	PROBLEMA POTENCIAL
LIGERAMENTE LIMITADA	OCASIONALMENTE HUMEDA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	LIGERAMENTE LIMITADA	ADECUADA	NO EXISTE PROBLEMA
SIN LIMITACIONES	RARAMENTE HUMEDA	DEAMBULA FRECUENTEMENTE	SIN LIMITACIONES	EXCELENTE	

RIESGO DE UPP

BRADEN – BERGSTROM	$< 13$	ALTO RIESGO
BRADEN – BERGSTROM	13-14	MODERADO RIESGO
BRADEN – BERGSTROM	$> 14$	BAJO RIESGO

Firma Enfermera Responsable

# **GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE**

## **ADULTO MAYOR EN FASE TERMINAL**

### **I. FINALIDAD**

.Estandarizar las intervenciones de enfermería, desde una perspectiva humanizada e individualizada, a través de la aplicación de una guía para la intervención de enfermería en el paciente adulto mayor en fase terminal, promoviendo las buenas prácticas clínicas fundamentadas en los principios bioéticos en la unidad de cuidados paliativos del Hospital de la FAP.

### **II. OBJETIVOS.**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Lograr la calidad de vida del paciente adulto mayor en el final de la vida

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Fomentar una cultura del buen trato al paciente adulto mayor en los servicios de medicina, emergencia y de otras especialidades.

Identificar las necesidades y/o problemas en el adulto mayor, a través de la valoración geriátrica integral.

Planificar y ejecutar los cuidados de siguiendo el proceso de atención de enfermería.

Aliviar el dolor y otros síntomas.

Implementar las escalas de valoración del dolor en los diferentes niveles de atención geriátrica.

Proporcionar alivio y el máximo confort.

Fomentar la participación de la familia en el cuidado del paciente.

### **III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

La presente guía de Intervención de enfermería es de cumplimiento obligatorio para el personal de enfermería que labora en el servicio de unidad de cuidados paliativos del Hospital de la FAP.

### **IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO.**

."Intervención de enfermera en el paciente adulto mayor en fase terminal."

### **V. CONSIDERACIONES GENERALES**

#### **DEFINICIONES OPERATIVAS**

**Enfermería.** El profesional de enfermería tiene que estar preparado para asistir, entender, acompañar y ayudar a al paciente terminal en todo el proceso hasta la muerte.

**Adulto mayor** persona mayor de 60 años

**Fase terminal.** Enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.



**Cuidados paliativos.** Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales.

**Calidad de vida.** Es una apreciación sobre un conjunto de factores que afectan a la salud y al desarrollo tanto personal como social.

**Escala de valoración del dolor EVA:** es un instrumento de valoración del dolor que debe ser utilizada como un complemento del juicio clínico del personal de enfermería resulta imprescindible utilizar la escala en forma periódica cada vez que el problema del dolor va cambiando en el paciente

## **CONCEPTOS BÁSICOS**

La guía de intervención de enfermería en paciente adulta mayor en fase terminal, es un instrumento que permite orientar el accionar diario del personal de enfermería frente a los síntomas y problemas biopsico social y espiritual del paciente.

**SÍNTOMAS** .los pacientes en fase terminal van a presentar múltiples síntomas de intensidad variable, cambiante y de origen multifactorial.

Estos síntomas son: dolor, náuseas y vómitos, caquexia, estreñimiento, diarrea, disnea, tos retención urinaria, síndrome confusional agudo y agonía.

## **VALORACIÓN DEL PACIENTE**

Debe ser minuciosa e integral y comprenderá los aspectos físicos, psíquicos y socio-familiares. Las fuentes de información van a ser básicamente el paciente y la familia a través de la entrevista; pero previo a esto se debe hacer una recopilación de datos a través de los informes clínicos y el historial.

**VALORACIÓN FÍSICA:** Se puede utilizar una guía de valoración por aparatos: Estado respiratorio: vías aéreas, ruidos respiratorios, frecuencia y profundidad de la respiración, tos, dolor, ... Estado cardíaco: frecuencia, ritmo, ruidos, dolor.. Estado circulatorio: ritmo y calidad de los distintos pulsos... Estado neurológico: orientación, reacción pupilar, marcha, coordinación, órganos de los sentidos, ... Estado de la piel: color, temperatura, edemas, lesiones, prurito,... Estado musculo-esquelético: tono muscular, fuerza, amplitud de movimientos,... Estado gastrointestinal: boca, distensión abdominal, dolor, ruidos, ... Estado genitourinario: color y cantidad de orina, distensión vesical, secreciones, dolor, incontinencia,... Además se recogerán datos sobre estado nutricional: hábitos, preferencias, dificultades, ingesta de líquidos...y sobre descanso/sueño, actividad/ejercicio.

**VALORACIÓN PSICOLÓGICA.** Se debe atender a los dos principales tipos de reacciones emocionales: depresivas y ansiosas. Dentro de las reacciones depresivas se puede hablar de tristeza, desesperanza, apatía, sentimientos de indefensión, de inutilidad, ideas de culpa, baja autoestima, que se pueden expresar con llanto, pasividad, evitación, aislamiento social, y dificultad para disfrutar de las actividades que antes eran placenteras. Las reacciones de ansiedad comprenden la angustia, miedo e irritabilidad que pueden manifestarse por aumento de la frecuencia cardíaca, tensión muscular, sensación de ahogo, focalización de síntomas... Se pueden utilizar La ESCALA DE YESAVAGE.

### **ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES**

Los pacientes con enfermedad terminal presentan multitud de problemas. El grupo de síntomas más frecuente lo constituye el llamado síndrome general: astenia, anorexia y pérdida de peso que está presente en el 90% de los pacientes. El siguiente es el dolor que afecta al 80% de los enfermos

**DOLOR:** "Es una sensación molesta y aflictiva, más o menos intensa, de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, que se experimenta de forma prolongada". El dolor es siempre subjetivo"; también existen dolores "psicógenos y morales" por lo que es útil el concepto de "dolor total" de C. Saunders, que engloba el estímulo físico nocivo y los factores

psicológicos, sociales y espirituales. se utilizan para evaluar el dolor las escalas de:

- Escala Visual Analógica: Es una escala de 1 a 10, donde 1 es mínimo dolor posible y 10 máximo dolor posible. El paciente debe describir en que punto se encuentra su dolor.

- Escala descriptiva intensidad del dolor: 0 no dolor, 1 leve, 2 moderado, 3 severo, 4 muy severo, 5 insufrible.

-Escala Visual Analógica de alivio: De 1 a 10; 1 no alivio de dolor, 10 completo alivio del dolor.

**NÁUSEAS** "Sensación desagradable, en forma de oleada, en la parte posterior de la garganta, el epigastrio o por todo el abdomen que puede o no terminar en vómito Es muy importante hacer un buen diagnóstico para lo que habrá que investigar sus características: cuando ocurren, cantidad, contenido, los síntomas asociados; realizar una correcta exploración: ruidos abdominales, distensión abdominal, vientre en tabla, hepatomegalia. Revisar los hábitos dietéticos, el ritmo intestinal y la higiene oral. Hay algunas preguntas que pueden sugerirnos un diagnóstico: si existe dolor: gastritis erosiva, si hay mucha sed: hipercalcemia, si hay hipo: uremia, si lleva 4-5 días sin deposición: náuseas debidas a estreñimiento; vómitos sin náusea: aumento de la presión intracraneal.

**ESTREÑIMIENTO:** “Es la emisión infrecuente de heces (dos o menos veces a la semana) de consistencia dura y seca que el paciente tiene dificultad para expulsar”. Puede aparecer en un 80-90 % de los pacientes. Causas principales: Inactividad, Debilidad, Disminución de la ingesta de líquidos y sólidos y de fibra en la dieta, alteraciones metabólicas (hipercalcemia, hipopotasemia), obstrucción mecánica por tumor, lesiones locales a nivel anal, dificultad para acceder al baño y falta de privacidad, secundaria a tratamiento (opioides, anticolinérgicos, fenotiacina...). Complicaciones del estreñimiento: Dolor, obstrucción intestinal, diarrea por rebosamiento, disfunciones urinarias. Se debe valorar: frecuencia y consistencia, síntomas asociados (náuseas, vómitos, dolor, distensión abdominal, retención urinaria, inquietud, confusión); ventoseo; ruidos intestinales. En el estreñimiento de varios días de evolución se debe realizar tacto rectal para valorar el estado de la ampolla rectal (llena, vacía, consistencia de las heces).

**OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:** Se produce con relativa frecuencia en los pacientes con cáncer avanzado. Causas: Compresión extrínseca (crecimiento del tumor). Debidas al tratamiento (fármacos, post-quirúrgicas, post-radioterapia. Farmacológico: Corticoides, espasmolíticos, morfina, antieméticos.

**CAQUEXIA:** Este síndrome se caracteriza por pérdida de peso (grasa, músculo y proteína visceral), debilidad, náuseas y anorexia. En las fases terminales está presente hasta en un 80 % de los pacientes. Produce un

importante sufrimiento en los pacientes y sus familias por la alteración de la imagen corporal

**Alimentación:** El tema de la alimentación preocupa mucho a la familia y lo relacionan directamente con mejoría o empeoramiento, por lo que hay que asesorarles adecuadamente y apoyarles; hay que insistirles en que el alimento no mejora la enfermedad porque ésta sigue avanzando y que la pérdida de interés por la comida es propia de la enfermedad terminal; recordarles que pueden agobiar al enfermo si insisten en que coma.

En la agonía la alimentación y la hidratación son innecesarias. En esta fase la deshidratación no es molesta y tiene algunas ventajas: reduce la emisión de orina, las secreciones bronquiales y los vómitos. Hay que explicar a la familia que el paciente en esta fase no tiene necesidad de alimentos ni tiene sed y que darle líquidos puede aumentar su malestar.

**DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL** “Estado en el cual un individuo experimenta una alteración en la integridad de los labios y de la cavidad oral”. Debemos hacer una buena valoración mediante preguntas y exploración: En la anamnesis se preguntará por: sequedad, llagas, zonas dolorosas, sangrado, cambios en el gusto, disfagia, radio o quimioterapia reciente, medicamentos, prótesis dentales, enfermedades de los dientes. Examen físico: · Labios: Alteración del color, ampollas, grietas, si están secos, lesiones herpéticas, mirar contorno y movilidad. · Dientes: estado de las piezas e higiene. · Mucosa bucal: úlceras, alteraciones del color,

manchas blancas, enrojecimientos excesivos. · Lengua: hidratación, rugosidad, fisuras, ulceraciones, manchas blancas o rojas. · Encías: Enrojecimiento, sangrado, inflamación. · Olor del aliento: el olor fétido sugiere tumores de boca o tracto gastrointestinal; el olor empalagoso o dulce sugiere neumonía por pseudomonas, el olor a pescado fallo renal, el olor a amoníaco fracaso hepático.

Infecciones orales más frecuentes:

- Micosis: La candidiasis es la más común. Se puede presentar con lesiones blanquecinas sobre una mucosa inflamada y sangrante.

- Infecciones bacterianas: Pueden aparecer pequeñas hemorragias, dolor localizado periodontal y fiebre.

- Infecciones víricas: El herpes simple es el más común, aparece como lesiones amarillentas muy dolorosas, también pueden existir vesículas en los labios.

Otras causas de boca dolorosa son: las úlceras neutropénicas y las estomatitis producidas por fármacos quimioterápicos o por radioterapia.

**DISNEA** Es la sensación subjetiva de dificultad para respirar con sensación de falta de aire o asfixia Principales causas de disnea: Sustitución de tejido pulmonar por canceroso. Derrame pleural o pericárdico. Embolismo pulmonar. Obstrucción por tumores en faringe, laringe, mediastino. Pérdida de elasticidad pulmonar. Debilidad de los

músculos respiratorios. Anemia, procesos infecciosos, uremia fiebre. Insuficiencia cardíaca, ascitis, síndrome de la vena cava superior.

**DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO:** “Estado en el cual un individuo experimenta un trastorno en la calidad o cantidad de los patrones del sueño, que le ocasiona malestar. Muchos pacientes tienen miedo a la noche por varias causas: miedo a morir por la noche, a estar solos, a las pesadillas,...La falta de descanso disminuye el umbral del dolor y esto hace más difícil conciliar el sueño. Causas más frecuentes: Mal control de síntomas. Medicación coadyuvante (corticoides, diuréticos, simpaticomiméticos,...). Ansiedad, depresión.

**ANSIEDAD/ ANSIEDAD ANTE LA MUERTE** “Es un estado en el cual un individuo experimenta sentimientos vagos de incomodidad, cuyo origen suele ser genérico y no identificado por el mismo”. Ansiedad ante la muerte: “Aprensión, preocupación o miedo relacionados con la muerte o con la agonía”. Puede ir o no acompañado de síntomas físicos como temblor, palpitaciones, hiperventilación. La persona refiere sentimientos de aprensión, nerviosismo, desamparo, pérdida de control... y puede mostrar irritabilidad, explosiones de cólera, llanto, impaciencia,.....

**DEPRESIÓN:** Un gran porcentaje de pacientes presenta trastornos depresivos. Suele ser de carácter reactivo ante la propia enfermedad y muchas veces infravalorado por los profesionales y la familia que consideran lógico ese bajo estado de ánimo.



**DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA:** “Estado en el cual un individuo experimenta una alteración o desgarramiento de la piel”. Los cambios en la piel se ven favorecidos por la anorexia, deshidratación, disminución de la movilidad, alteraciones circulatorias,...

**Piel seca:** Es un problema muy frecuente debido al estado de desnutrición, caquexia y deshidratación. La piel aparece rugosa y descamada, al resecaarse la dermis queda expuesta a agresiones y es menos resistente a las lesiones.

**Piel húmeda:** Es más frecuente en el área genital y en los pliegues cutáneos. Se caracteriza por edema, enrojecimiento, maceración, exudado. En este tipo de piel es más fácil la sobreinfección sobre todo por hongos y en mayor medida en pacientes incontinentes.

**Prurito:** Produce mucho discomfort y puede ocasionar lesiones por rascado. Los factores que pueden acentuarlo son: deshidratación, calor, vasodilatación, ansiedad, aburrimiento, otras zonas pruriginosas cercanas

**Úlceras de decúbito:** Son áreas de daño focalizado en la piel y tejidos subyacentes causado por la presión, fricción, cizalla o combinación de todas. Empeoran drásticamente la calidad de vida del paciente. A veces la formación de úlceras es inevitable sobre todo en pacientes debilitados y con deterioro severo, caquexia, malnutrición, etc.; se valorará el riesgo de desarrollar úlceras según escala de BRADEN.

En pacientes con deterioro diario al que resta poco tiempo de vida, las curas serán paliativas y el objetivo no será la curación sino mantener la mayor comodidad posible. En situación agónica los cambios posturales son una fuente de molestias importante para los pacientes y solo se realizarán los imprescindibles para cambiar los pañales o las sábanas.

**SUFRIMIENTO ESPIRITUAL:** “Estado en el que una persona experimenta una alteración del principio vital que satura todo el ser de la persona e integra y trasciende la naturaleza biológica y psicosocial del ser humano”. En el final de la vida el sufrimiento espiritual es un aspecto esencial que requiere ser atendido. Las necesidades espirituales se refieren a aquellos aspectos que suponen una cierta trascendencia humana y la interpretación que cada persona da a la vida y a la muerte; estas necesidades no resueltas pueden crear un sufrimiento espiritual.

**FATIGA:** “Estado en el que una persona experimenta una sensación abrumadora y mantenida de agotamiento y de falta de capacidad para trabajos físicos y mentales que no se alivia con el reposo”. . Los signos y síntomas clínicos relacionados con la fatiga son: disminución de la fortaleza, aumento de disnea, taquicardia de esfuerzo acompañada de la necesidad de reducir el paso o detenerse, dificultad para concentrarse.

## **OTROS PROBLEMAS:**

**DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA:** (relacionado con dolor, sedación, debilidad, fatiga). Algunas intervenciones sugeridas: · Fomento de ejercicio. · Fomento de mecanismos corporales. · Terapia de ejercicio: control muscular, deambulación, movilidad articular. · Cambio de posición.

**DÉFICIT DE AUTOCUIDADO PARA:** alimentación, baño- higiene, uso de aseo, vestido/ acicalamiento; relacionado con la propia enfermedad oncológica, tratamiento.

**MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO:** relacionado con conocimientos insuficientes de la enfermedad y de las opciones de tratamiento.

**TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL:** relacionado con los cambios que se van produciendo en su imagen a causa de la enfermedad.

**NEGACIÓN INEFICAZ:** relacionado con la enfermedad terminal..

**ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES:** relacionado con los temores asociados al diagnóstico reciente, a los tratamientos y a lo incierto del futuro.

## **REQUERIMIENTO BÁSICO**

### **RECURSOS HUMANOS.**

Enfermera asistencial

Enfermera jefe de unidad

Técnica de enfermería

### **RECURSOS MATERIALES Y EQUIPO**

Unidad del paciente equipado:

Cama clínica con barandas, colchón neumático.

Aspirador, nebulizador

Balón de oxígeno

Bomba infusora

Equipos de curación

## **VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**

### **INDICACIONES ABSOLUTAS**

Todo paciente que ingresa a la unidad con patología crónica u oncológica en fase terminal.

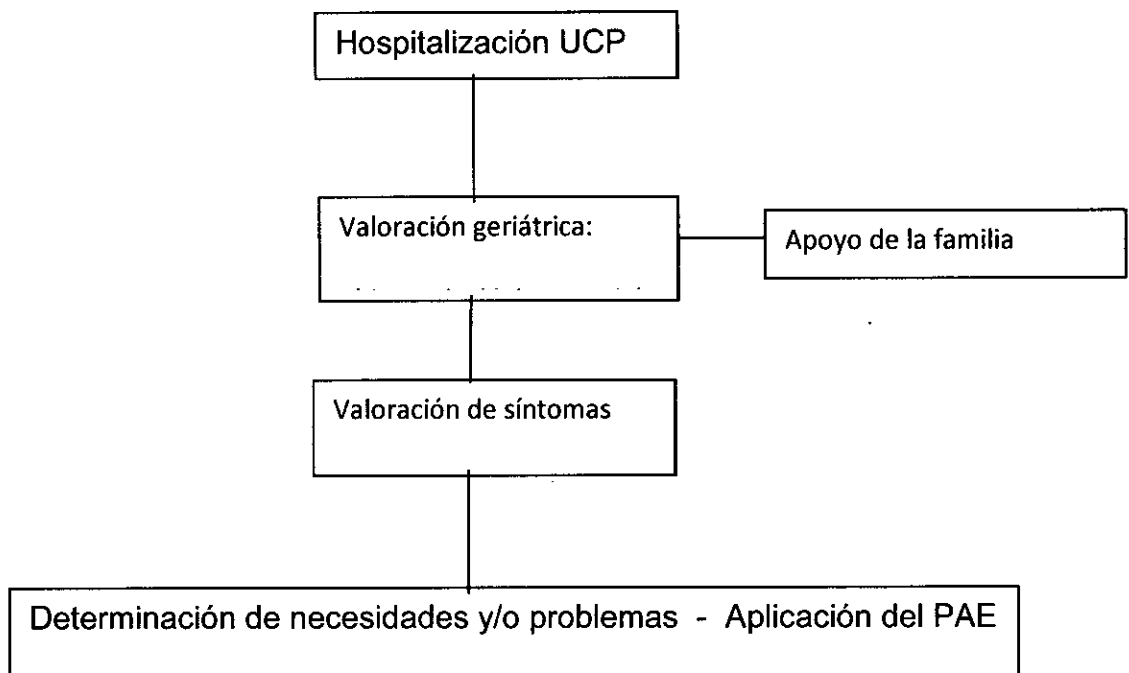
### **INDICACIONES RELATIVAS**

No aplica.

## CONTRAINDICACIONES

No aplica.

## FLUXOGRAMA



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PALIATIVO

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención Enfermería	Resultados
Sufrimiento espiritual R/C cambios vitales, muerte y agonía propia o de otros M/P expresiones de falta de significado o propósito en la vida, falta de esperanza, perdón o culpa	Favorecer bienestar espiritual	<p>Apoyo espiritual</p> <p>Facilitar el perdón</p> <p>Dar esperanza</p> <p>Cuidados en la agonía</p>	<p>. Bienestar espiritual</p> <p>Expresión de confianza</p> <p>Expresión de significado y fin de la vida</p> <p>Expresión de serenidad</p> <p>Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias</p> <p>Oración</p> <p>Esperanza</p> <p>Expresión de paz interior</p> <p>Resolución de la aflicción</p> <p>Expresa sentimientos sobre la pérdida</p> <p>Discute los conflictos no resueltos</p> <p>Progresar a lo largo de las fases de Aflicción</p> <p>. Muerte digna</p> <p>Muestra calma y tranquilidad</p> <p>Verbaliza comodidad</p> <p>Expresa alivio del dolor</p> <p>Expresa control del síntoma (náuseas, ansiedad, disnea...)</p> <p>Calidad de vida</p> <p>Satisfacción con el estado de salud.</p>
Ansiedad R/C Cambio de estado de salud, Crisis situacional (tratamiento oncológico) M/P Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, incertidumbre,	Disminuir la ansiedad.	<p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Escucha activa</p> <p>Fomentar el sueño</p>	<p>Autocontrol de la ansiedad</p> <p>Monitorizar la intensidad de la ansiedad.</p>

<p>trastorno del sueño.</p> <p>. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C deterioro de la movilidad física, alteración del estado nutricional, medicación, radiación</p> <p>Riesgo de estreñimiento R/C efectos secundarios farmacológicos (opiáceos, anticolinérgicos, sedantes...)</p> <p>Déficit de Autocuidado (Baño/ higiene, alimentación, eliminación urinaria, vestido)</p> <p>Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C complejidad del sistema de cuidados de la salud, conflicto de decisiones M/P pruebas objetivas, conductas no apropiadas o adaptativas, verbalizaciones</p>	<p>Mantener integridad de la piel.</p> <p>Favorecer evacuación intestinal.</p> <p>Satisfacer necesidades básicas.</p> <p>Favorecer el manejo adecuado del tratamiento</p>	<p>. Prevención de úlceras por presión Cuidados de las úlceras por presión Vigilancia de la piel Escala de Braden.</p> <p>Manejo del estreñimiento/ impactación.</p> <p>Entrenamiento intestinal</p> <p>Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene .Ayuda con los autocuidados: Vestir/ arreglo personal .Ayuda con los autocuidados: alimentación Ayuda con los autocuidados: aseo.</p> <p>Asesoramiento . Enseñanza: proceso de Enfermedad Enseñanza: procedimiento/tr</p>	<p>. Integridad tisular: piel y membranas mucosas Hidratación Perfusión tisular Piel intacta Control del riesgo</p> <p>Eliminación intestinal Patrón de eliminación en el rango esperado Ausencia de estreñimiento Control de la eliminación de las heces Control del riesgo Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo</p> <p>Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)</p> <p>Aceptación del estado de salud Renuncia al concepto previo de salud Expresa sentimientos sobre el estado de salud Reconocimiento de la realidad de la situación de salud Búsqueda de información Realización de tareas de cuidados personales</p>
---	---	---	--

		<p>atamiento</p> <p>Manejo de la Radioterapia</p> <p>Apoyo en la toma de decisiones</p> <p>Aumentar los sistemas de Apoyo</p>	<p>Conducta de cumplimiento</p> <p>Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida</p> <p>Cumple el régimen terapéutico recomendado</p> <p>Realiza los cuidados personales compatibles con la habilidad</p> <p>Utiliza dispositivos correctamente</p> <p>.Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria</p> <p>Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones</p> <p>Identifica prioridades de los resultados sanitarios</p> <p>Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados esperado</p> <p>Negocia las preferencias Asistenciales</p>
<p>Trastorno del patrón del sueño r/c factores externos y m/p por múltiples despertares y descanso no reparador.</p>	<p>Favorecer el sueño.</p>	<p>Fomentar el sueño:</p> <p>Aconsejar medidas inductoras al descanso nocturno como infusiones, ambiente tranquilo, temperatura agradable.</p> <p>Evitar el uso de estimulantes cuatro horas antes de acostarse y evitar ingestas copiosas una hora antes de irse a dormir.</p>	<p>Descanso Sueño.</p> <p>El paciente dormirá un mínimo de 6 horas seguidas verbalizará levantarse descansado.</p>



<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/presencia de secreciones, enfermedad pulmonar.</p>	<p>Mantener vías aéreas permeables.</p>	<p>Manejo de las vías aéreas. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. -colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. -realizar fisioterapia respiratoria si está indicado. - enseñar a toser de manera efectiva.- enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos, si es el caso</p>	<p>Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para intercambio de aire. indicadores: frecuencia respiratoria. - capacidad de eliminar secreciones. - acumulación de esputos.</p>
<p>Riesgo de aspiración/c alteración de la deglución, reducción del nivel de conciencia.</p>	<p>Disminuir el riesgo de aspiración.</p>	<p>.-administrar tratamientos con aerosol, si está indicado -administrar oxígeno humidificado si procede. -colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.</p> <p>Precauciones para evitar la aspiración. Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos,</p>	<p>Estado de deglución. Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hasta el estómago: Producción de saliva Capacidad de masticación. Acepta la comida Atragantamiento, tos o náuseas.</p>

		reflejos de gases y capacidad deglutiva. Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación. Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes. colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible	
Nauseas r/c distención abdominal, tumoración oncológica ,oclusión intestinal	Disminuir las náuseas.	Manejo de las nauseas :	Reconoce los factores causales de la nauseas. Informa intensidad de los síntomas
		Administrar medicación	Utiliza medicación antiemética
			No presenta nauseas



		<p>atamiento  Manejo de la  Radioterapia  Apoyo en la  toma de  decisiones  Aumentar los  sistemas de  Apoyo</p>	<p>Conducta de cumplimiento  Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida  Cumple el régimen terapéutico recomendado  Realiza los cuidados personales compatibles con la habilidad  Utiliza dispositivos correctamente  .Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria  Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones  Identifica prioridades de los resultados sanitarios  Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados esperado  Negocia las preferencias Asistenciales</p>
<p>Trastorno del patrón del sueño r/c factores externos y m/p por múltiples despertares y descanso no reparador.</p>	<p>Favorecer el sueño.</p>	<p>Fomentar el sueño:  Aconsejar medidas inductoras al descanso nocturno como infusiones, ambiente tranquilo, temperatura agradable.  Evitar el uso de estimulantes cuatro horas antes de acostarse y evitar ingestas copiosas una hora antes de irse a dormir.</p>	<p>Descanso Sueño.  El paciente dormirá un mínimo de 6 horas seguidas verbalizará levantarse descansado.</p>

		<p>atamiento  Manejo de la  Radioterapia  Apoyo en la  toma de  decisiones  Aumentar los  sistemas de  Apoyo</p>	<p>Conducta de cumplimiento  Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida  Cumple el régimen terapéutico recomendado  Realiza los cuidados personales compatibles con la habilidad  Utiliza dispositivos correctamente  .Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria  Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones  Identifica prioridades de los resultados sanitarios  Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados esperado  Negocia las preferencias Asistenciales</p>
<p>Trastorno del patrón del sueño r/c factores externos y m/p por múltiples despertares y descanso no reparador.</p>	<p>Favorecer el sueño.</p>	<p>Fomentar el sueño:  Aconsejar medidas inductoras al descanso nocturno como infusiones, ambiente tranquilo, temperatura agradable.  Evitar el uso de estimulantes cuatro horas antes de acostarse y evitar ingestas copiosas una hora antes de irse a dormir.</p>	<p>Descanso Sueño.  El paciente dormirá un mínimo de 6 horas seguidas verbalizará levantarse descansado.</p>

		<p>atamiento  Manejo de la  Radioterapia  Apoyo en la  toma de  decisiones  Aumentar los  sistemas de  Apoyo</p>	<p>Conducta de cumplimiento  Confianza en el profesional  sanitario sobre la  información obtenida  Cumple el régimen  terapéutico recomendado  Realiza los cuidados  personales compatibles con  la habilidad  Utiliza dispositivos  correctamente  .Participación: decisiones  sobre asistencia sanitaria  Manifiesta autocontrol en la  toma de decisiones  Identifica prioridades de los  resultados sanitarios  Identifica apoyo disponible  para conseguir los  resultados esperado  Negocia las preferencias  Asistenciales</p>
<p>Trastorno del patrón  del sueño r/c factores  externos y m/p por  múltiples despertares  y descanso no  reparador.</p>	<p>Favorecer el  sueño.</p>	<p>Fomentar el  sueño:  Aconsejar  medidas  inductoras al  descanso  nocturno como  infusiones,  ambiente  tranquilo,  temperatura  agradable.  Evitar el uso de  estimulantes  cuatro horas  antes de  acostarse y  evitar ingestas  copiosas una  hora antes de  irse a dormir.</p>	<p>Descanso  Sueño.  El paciente dormirá un  mínimo de 6 horas seguidas  verbalizará levantarse  descansado.</p>

		<p>atamiento  Manejo de la  Radioterapia  Apoyo en la  toma de  decisiones  Aumentar los  sistemas de  Apoyo</p>	<p>Conducta de cumplimiento  Confianza en el profesional  sanitario sobre la  información obtenida  Cumple el régimen  terapéutico recomendado  Realiza los cuidados  personales compatibles con  la habilidad  Utiliza dispositivos  correctamente  .Participación: decisiones  sobre asistencia sanitaria  Manifiesta autocontrol en la  toma de decisiones  Identifica prioridades de los  resultados sanitarios  Identifica apoyo disponible  para conseguir los  resultados esperado  Negocia las preferencias  Asistenciales</p>
<p>Trastorno del patrón  del sueño r/c factores  externos y m/p por  múltiples despertares  y descanso no  reparador.</p>	<p>Favorecer el  sueño.</p>	<p>Fomentar el  sueño:  Aconsejar  medidas  inductoras al  descanso  nocturno como  infusiones,  ambiente  tranquilo,  temperatura  agradable.  Evitar el uso de  estimulantes  cuatro horas  antes de  acostarse y  evitar ingestas  copiosas una  hora antes de  irse a dormir.</p>	<p>Descanso  Sueño.  El paciente dormirá un  mínimo de 6 horas seguidas  verbalizará levantarse  descansado.</p>