



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Actividades de enfermería en la atención de pacientes
oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados
paliativos.**

AUTORAS:

Moreira Vélez Paola Narcisa

Salgado Borja Ana Erika

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTOR:

Lic. Calderón Molina Rosa Elizabeth Mgs.

Guayaquil, Ecuador

5 de marzo del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Moreira Vélez Paola Narcisa y Salgado Borja Ana Erika como requerimiento para la obtención del título de como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

TUTORA

Lcda. Rosa Elizabeth Calderón Molina. Msc.

DIRECTORA DE LA CARRERA

Lcda. Ángela Ovidia Mendoza Vines. Msc.

Guayaquil, 5 de marzo del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Moreira Vélez Paola Narcisa y Salgado Borja Ana Erika

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Actividades de Enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos**”. Previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**”, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, 5 de marzo del 2018

AUTORAS

Moreira Vélez Paola Narcisa

Salgado Borja Ana Erika



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Moreira Vélez Paola Narcisa y Salgado Borja Ana Erika

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “**Actividades de Enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos**”. Previo a la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 5 de marzo del 2018

AUTORAS

Moreira Vélez Paola Narcisa

Salgado Borja Ana Erika

Urkund Analysis Result

Analysed Document: FINALTESIS18MP.docx (D36420545)
Submitted: 3/12/2018 9:27:00 PM
Submitted By: anesabo@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

Handwritten signature in purple ink, possibly reading "Ju" followed by a scribble.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil.

AUTORAS: Moreira Vélez Paola Narcisa Salgado Borja Ana Erika

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TUTOR: Lic. Calderón Molina Rosa Elizabeth Mgs.

Guayaquil, Ecuador 05 de marzo del año 2018

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Moreira Vélez Paola Narcisa y Salgado Borja Ana Erika como requerimiento para la obtención del título de como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

TUTORA

_____ Lcda. Rosa Elizabeth Calderón Molina. Msc.

DIRECTORA DE LA CARRERA _____ Lcda. Ángela Ovilda Mendoza Vincés. Msc.

Guayaquil, 05 de marzo del 2018

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Moreira Vélez Paola Narcisa y Salgado Borja Ana Erika

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, "Actividades de Enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal oncológico en el área de cuidados paliativos en un Hospital de Especialidad en la Ciudad de Guayaquil. Previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería", ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 05 del mes de marzo del año 2018 AUTORAS

Moreira Vélez Paola Narcisa Salgado Borja
Ana Erika

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN Nosotras, Moreira Vélez Paola Narcisa y Salgado Borja Ana Erika

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, "Actividades de Enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal oncológico en el área de cuidados paliativos en un Hospital de Especialidad en la Ciudad de Guayaquil. Previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería", cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 05 del mes de marzo del año 2018

AUTORAS

Moreira Vélez Paola Narcisa Salgado
Borja Ana Erika

REPORTE URKUND

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer en primer lugar a Dios, por guiarnos en el camino y fortalecernos espiritualmente para empezar un camino lleno de éxito.

A la base de todo, a nuestras familias, en especial a nuestros padres, que quienes con sus consejos fueron el motor de arranque y nuestra constante motivación, muchas gracias por su paciencia y comprensión, y sobre todo por su amor.

Mostramos nuestros más sinceros agradecimientos a nuestra tutora de proyecto, quien con su conocimiento y su guía fue una pieza fundamental para que pudiéramos desarrollar este proyecto, persona clave para cada etapa del desarrollo de este trabajo.

A nuestros compañeros, quienes a través del tiempo fuimos fortaleciendo una amistad y creando una familia, muchas gracias por toda su colaboración, por convivir todo este tiempo con nosotras, por compartir experiencias, alegrías, frustraciones, llantos, tristezas, peleas, celebraciones y múltiples factores que ayudaron a que hoy seamos como una familia, por aportarnos confianza y por crecer juntos en este proyecto, muchas gracias.

Así, queremos mostrar nuestra gratitud a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la realización de esta meta, de este sueño que es tan importante para nosotras, agradecer todas sus ayudas, sus palabras motivadoras, sus conocimientos, sus consejos y su dedicación.

¡Muchas gracias por todo!

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer en primer lugar a Dios, por guiarnos en el camino y fortalecernos espiritualmente para empezar un camino lleno de éxito.

A la base de todo, a nuestras familias, en especial a nuestros padres, que quienes con sus consejos fueron el motor de arranque y nuestra constante motivación, muchas gracias por su paciencia y comprensión, y sobre todo por su amor.

Mostramos nuestros más sinceros agradecimientos a nuestra tutora de proyecto, quien con su conocimiento y su guía fue una pieza fundamental para que pudiéramos desarrollar este proyecto, persona clave para cada etapa del desarrollo de este trabajo.

A nuestros compañeros, quienes a través del tiempo fuimos fortaleciendo una amistad y creando una familia, muchas gracias por toda su colaboración, por convivir todo este tiempo con nosotras, por compartir experiencias, alegrías, frustraciones, llantos, tristezas, peleas, celebraciones y múltiples factores que ayudaron a que hoy seamos como una familia, por aportarnos confianza y por crecer juntos en este proyecto, muchas gracias.

Así, queremos mostrar nuestra gratitud a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la realización de esta meta, de este sueño que es tan importante para nosotras, agradecer todas sus ayudas, sus palabras motivadoras, sus conocimientos, sus consejos y su dedicación.

¡Muchas gracias por todo!

Moreira Vélez Paola Narcisa
Salgado Borja Ana Erika

DEDICATORIA

A:

Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi padre, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste.

Mi madre, por ser fortaleza, convicción y apoyo incondicional, ¡Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti...!!!

Mi hermana por ser ejemplo de constancia, a mis sobrinos y hermanos menores para que vean en mí un ejemplo a seguir.

Mi pequeño milagro, mi Keyler Snayder mi motivo de lucha y superación, a ti te dedico este trabajo.

Mi esposo y mi hijo quienes más han sufrido mi ausencia y a quienes agradezco su comprensión.

Todos mis amigos y familiares por compartir los buenos y malos momentos sobre todo por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

¡No los defraudare...!

Moreira Vélez Paola Narcisa

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación lo dedico especialmente a Dios por guiarme, otorgarme salud y vida para seguir en la lucha hasta donde he logrado llegar.

A mi madre, por sus consejos y ser mi amiga en cada momento.

A mi padre, que me solía decir lo que realmente cuesta vale la pena, aunque no está físicamente conmigo, tengo la certeza que hubiera estado feliz de observar hasta donde he podido avanzar.

A mi hermana mayor, quien ha sabido ser una madre para mis hijos en los momentos que yo me he ausentado en este hermoso caminar llamado enfermería.

A mi esposo, por ser mi soporte, tenerme paciencia y sobre todo ser esa voz que me decía tú puedes,

A mis hermosos hijos, por saber comprender que todo lo que se hace es por ellos y para ellos.

Gracias a todos.

Ana Erika Salgado Borja



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LIC. ROSA ELIZABETH CALDERÓN MOLINA Mgs.

TUTORA

f. _____

LIC. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES Msc.

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LIC. MARTHA LORENA HOLGUÍN JIMÉNEZ Msc.

COORDINADORA DEL ÁREA DE UTE

f. _____

LCDA. FANNY RONQUILLO DE LEÓN Msc.

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN

INDICE GENERAL

Contenido	N.-Pág.
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	5
1.3. JUSTIFICACIÓN	6
1.4. OBJETIVOS	7
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	7
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
CAPÍTULO II	8
2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	8
2.1.1. MARCO REFERENCIAL	8
2.1.2. MARCO CONCEPTUAL	11
CUIDADOS A LA PERSONA CON ENFERMEDAD TERMINAL	11
CAPÍTULO III	60
3.1. MATERIALES Y MÉTODOS	60
3.1.1. TIPO DE ESTUDIO	60
3.2. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN	61
3.2.1. Variable general: Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal.	61
3.3. TABULACIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS: .	67

DISCUSIÓN.....	109
CONCLUSIONES	111
RECOMENDACIONES.....	113
REFERENCIAS	114

ÍNDICE DE GRÁFICO

Figura 1 Cargos	67
Figura 2 Jornada Laboral	68
Figura 3 Horario de Trabajo.....	69
Figura 4 Años de Trabajo	70
Figura 5 Grado Académico	71
Figura 6 Capacitación	72
Figura 7 Conocimiento a los Pacientes en etapa terminal	73
Figura 8 Comunicado Durante el proceso terminal de la enfermedad	74
Figura 9 Tipo de Valoración de enfermería realizada al Paciente.....	75
Figura 10 Problemas más frecuentes que presentan los pacientes en etapa terminal	76
Figura 11 Atención a la familia de los pacientes en etapa terminal atendidos o derivados al área de cuidados paliativos	77
Figura 12 Comunicación que se mantiene con el paciente y la Familia.....	78
Figura 13 Valoración física del Paciente en etapa terminal	79
Figura 14 Valoración Psicológica del Paciente en Etapa terminal	80
Figura 15 Valoración Socio Familiar	81
Figura 16 Medidas que se aplican para la asistencia de los problemas más frecuentes que presentan los pacientes	82
Figura 17 Escala analgésica de la OMS para el dolor	83
Figura 18 Medidas no Farmacológicas	84
Figura 19 Nauseas.....	85
Figura 20 Tratamiento Farmacológico	86

Figura 21 Medidas no Farmacológicas	87
Figura 22 Tratamiento Farmacológico para el Estreñimiento	88
Figura 23 Obstrucción Intestinal	89
Figura 24 Tratamiento Farmacológico	90
Figura 25 Deterioro de la Mucosa Oral	91
Figura 26 Tratamiento de la Boca.....	92
Figura 27 Cuidado de la Boca Seca	93
Figura 28 Medidas no Farmacológicas	94
Figura 29 Tratamiento Farmacológico	95
Figura 30 Tratamiento no Farmacológicas	96
Figura 31 Tratamiento Farmacológico	97
Figura 32 Medidas Generales.....	98
Figura 33 Tratamiento Farmacológico	99
Figura 34 Medidas Generales.....	100
Figura 35 Tratamiento Farmacológico	101
Figura 36 Piel Seca.....	102
Figura 37 Piel Humedad	103
Figura 38 Recomendaciones	104
Figura 39 Ulceras por Decúbito	105
Figura 40 Trastorno Corporal.....	106
Figura 41 Atención a la Familia.....	107
Figura 42 Protocolo de Atención de Enfermería	108

RESUMEN

El diagnóstico de una enfermedad no necesariamente da comienzo a una etapa en la que “no hay nada que hacer”, por el contrario, es un tiempo para el paciente para recordar, hablar de lo que no pudo o no se animó antes, reencontrarse con su entorno, finalizar tareas pendientes entre otras cosas (3). El estudio se trata sobre las Actividades de Enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal. **Objetivo:** Determinar las actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal. **Materiales y Métodos:** Población: 2 Licenciadas en Enfermería que representan el 100%. Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo, transversal. Se utilizó una encuesta y una guía de observación directa. **Resultados:** las Licenciadas, realizan actividades administrativas y de cuidado directo y tienen conocimiento. Las manifestaciones más frecuentes que presentan los pacientes son dolor, náusea y caquexia. Cumplen con diferentes actividades en la consulta y en la visita domiciliaria, siendo las de mayor relevancia: 50% valoración física y 50% valoración psicológica; incluyen la escala de Karnofsky y los patrones funcionales. En el 100% de pacientes se aplican un 20% de ayudas coadyuvantes y 80% de ayudas farmacológicas para las diferentes manifestaciones. Acompañan a los familiares realizando educación y brindando apoyo. **Conclusión:** la atención de enfermería en este campo es fundamental por lo que es importante que Enfermería forme parte del equipo de profesionales de la salud en el área de cuidados paliativos.

PALABRAS CLAVE: Actividades de enfermería-pacientes oncológicos-etapa terminal.

ABSTRACT

The diagnosis of a disease does not necessarily start a stage in which "there is nothing to do", on the contrary, it is a time for the patient to remember, to talk about what he could not or did not feel encouraged before, to reencounter with its environment, finalize pending tasks among other things (3). The study is about Nursing Activities in the care of terminally ill cancer patients. Objective: To determine nursing activities in the care of terminally ill cancer patients. Materials and Methods: Population: 2 Nursing Graduates who represent 100%. Quantitative study, of a descriptive, prospective, transversal type. A survey and a direct observation guide were used. Results: The Licensed, perform administrative activities and direct care and have knowledge. The most frequent manifestations presented by patients are pain, nausea and cachexia. They comply with different activities in the consultation and in the domiciliary visit, being the most relevant: 50% physical assessment and 50% psychological evaluation; they include the Karnofsky scale and functional patterns. In 100% of patients 20% of coadjuvant aids and 80% of pharmacological aids are applied for the different manifestations. Accompany the family members by providing education and providing support. Conclusion: Nursing care in this field is fundamental, so it is important that Nursing is part of the team of health professionals in palliative care.

KEY WORDS: Nursing activities-cancer patients-terminal stage.

INTRODUCCIÓN

“El Cáncer”, es una enfermedad crónica y muchas veces terminal, recapitulando unos indicadores encontramos que los resultados son alarmantes tanto a nivel mundial como nacional. En el año 2000, los tumores malignos fueron la causa del 12% de los casi 56 millones de muertes que se produjeron en el mundo; 5,3 millones de hombres y 4,7 millones de mujeres presentaron tumores malignos y, en conjunto, 6,2 millones murieron por esa causa, aproximadamente el 72% de las defunciones por cáncer ocurridas en 2007 se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se estima que el número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y llegará a unos 12 millones en 2030.(1)

El estudio realizado se denomina Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de Cuidados Paliativos. El propósito de la investigación determinar las actividades de enfermería en la atención de pacientes en etapa terminal. Tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo, transversal. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario de preguntas dirigido al personal de enfermería y una guía de observación para verificar el cumplimiento de actividades protocolizadas.

Para mejor comprensión del estudio, está clasificado en varios capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema; Preguntas de investigación; Justificación; Objetivos.

Capítulo II: Fundamentación Conceptual: Marco referencial y Marco Conceptual; Fundamentación Legal.

Capítulo III: Materiales y Métodos; Variables generales y Operacionalización; Análisis y presentación de resultados; Conclusiones; Discusión; Recomendaciones; Referencias bibliográficas; Anexos.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio realizado se relaciona con la línea de investigación sobre Salud y Bienestar Humano en la sub-línea de Estudios sobre intervención de enfermería en grupos de riesgo. El diagnóstico de una enfermedad no necesariamente da comienzo a una etapa en la que “no hay nada que hacer”, por el contrario, es un tiempo para el paciente para recordar, hablar de lo que no pudo o no se animó antes, reencontrarse con su entorno, finalizar tareas pendientes entre otras cosas. En estas circunstancias los cuidados que se realizan al paciente son paliativos y compasivos para ayudarlo a mejorar su calidad de vida hasta el inevitable momento de la muerte.(2)

El Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA-Guayaquil, cuenta con el Servicio de Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor, un área que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos con malestares extremos y en etapa terminal de la enfermedad que a diario son atendidos de forma ambulatoria en la consulta externa. Laboran 2 Licenciadas en Enfermería que, forman parte de un equipo de profesionales de la salud: Médicos especialistas en dolor, Psiquiatra; Psicóloga; Flebólogo, entre otros. Parte de sus intervenciones se relacionan a las visitas domiciliarias. Estas permiten llevar un control y monitoreo de la evolución de los pacientes como de brindar educación a los cuidadores primarios que conviven con los pacientes en esta etapa de la enfermedad.(3)

El área de cuidados paliativos y rol que cumple enfermería, aun en el campo profesional es desconocido, desde las aulas poco se habla de este tema, puesto que se considera una especialidad, sin embargo, conocer el cumplimiento de actividades asistenciales de enfermería es una necesidad imperante para visionar nuevos campos de acción. Tratar con pacientes oncológicos en etapa terminal es un verdadero reto para los profesionales en

Enfermería, podría decirse que, tanto paciente como familiares se apoyan en este grupo, para contar con información adecuada para sobrellevar este proceso doloroso y de difícil afrontamiento.

Los cuidados paliativos son todas aquellas acciones proporcionadas a los enfermos oncológicos en fase terminal, los cuales se centran en la persona desde una perspectiva integral, es decir no sólo atiende el estado físico y fisiológico sino también los aspectos emocionales, espirituales y sociales ya que el objetivo de los cuidados paliativos proporcionados por el personal de enfermería, consiste en brindar el mayor bienestar , físico, emocional, y psicológico al enfermo y a sus familiares, a través del mantenimiento de la calidad de vida en el control del dolor y el sufrimiento hasta que culmine el proceso vital con una muerte digna.(4)

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos en un Hospital de Especialidad en la Ciudad de Guayaquil?

¿Qué características tiene el personal de Enfermería que labora en el área de cuidados paliativos que atiende a los pacientes oncológicos en etapa terminal en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil?

¿Qué conocimiento tiene el personal de Enfermería que labora en el área de cuidados paliativos para la atención de pacientes oncológicos en un Hospital de Especialidad en la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son las actividades de enfermería en la comunicación al paciente y familia, valoración, atención a problemas más frecuentes, ansiedad ante la muerte, deterioro de la integridad cutánea, sufrimiento espiritual, otros problemas frecuentes y atención a la familia en el cuidado de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos.

¿Con qué protocolos de atención de enfermería cuenta el área de Cuidados Paliativos oncológicos para proporcionar cuidados a los pacientes en etapa terminal?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El International Council of Nurses en una Declaración de posición adoptada en el año 2000 mantiene que “las enfermeras son miembros claves de los equipos pluridisciplinarios que prestan cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias “ y “apoya a las enfermeras para que presten cuidados compasivos a las personas en la fase final de la vida, respeta las normas éticas y culturales en la muerte y en el duelo y aborden las necesidades de los miembros de las familias” además pide “la participación de las enfermeras en los debates, la política general y la legislación relacionados con los problemas de la muerte y los moribundos”.

El estudio nace de la perspectiva en el desempeño de otras áreas en el quehacer profesional poco conocido hasta el momento, los pacientes oncológicos en etapa terminal al igual que otro tipo de enfermedades, requieren de una atención individualizada, conocimiento, capacidad y entrenamiento. Se deben afrontar una multitud de problemas que requieren de respuestas e intervenciones tanto para el paciente como para los cuidadores primarios que son los familiares. Mejorar la calidad de vida será uno de los objetivos más importantes y acompañar como enfrentar el dolor una forma de apoyo en este tipo de enfermedades.

Los beneficiarios del estudio son, la institución como tal, porque podrá renombrar las ventajas de contar con un servicio como el que tienen y, nosotras como futuras profesionales conociendo la proyección en la atención profesionalizada de enfermería y, que es un campo disponible para poder cumplir con intervenciones precisas, con calidad y calidez humana, manteniendo la relación enfermera(a)/paciente.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1.OBJETIVO GENERAL

-
- Describir las actividades de enfermería en la comunicación al paciente y familia, la valoración y atención a problemas más frecuentes, en el paciente oncológico en etapa terminal.

1.4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar al personal de enfermería que labora en el área de cuidados paliativos de pacientes oncológicos en etapa terminal.
- Determinar el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre las actividades en la atención de pacientes en etapa terminal oncológicos en el área de Cuidados Paliativos.
- Indicar las actividades de enfermería en la ansiedad ante la muerte deterioro de la integridad cutánea, sufrimiento espiritual de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos.
- Detallar las actividades de enfermería en la presencia de otros problemas frecuentes y atención a la familia en el cuidado de los pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos.

CAPÍTULO II

2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1.1. MARCO REFERENCIAL

Dilemas bioéticos de enfermería en la atención de personas con enfermedad oncológica en fase terminal.

En algunas ocasiones el personal de salud se ve enfrentado a situaciones particulares que entorpecen el cuidado directo a estos individuos y es ahí, cuando a la enfermera se genera el dilema bioético ¿cuál es la opción de tratamiento a elegir de acuerdo a la persona con cáncer avanzado que presentar síntomas desagradables?, puesto que ella debe brindar un cuidado con equidad, generando un ámbito de bienestar vital y un trato con calidad basado en toma las decisiones con base a sus conocimientos y experiencias previas y de acuerdo a la teoría del principalísimo siempre y cuando tome la mejor decisión.(5)

Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad

Existe un creciente número de personas con condiciones de salud crónicas avanzadas y necesidades de atención paliativa que fallecen sin haberles ayudado a satisfacer sus necesidades sanitarias y sociales. Este es motivo suficiente para redefinir los modelos tradicionales de atención con vistas a centrarlos en la persona, más que en la enfermedad. En estos nuevos modelos el protagonismo de la Enfermería es incuestionable para promover un enfoque basado en la atención integral, la coordinación y la continuidad, y el nivel socio sanitario puede ser el camino adecuado para responder a la atención de las personas que precisan cuidados complejos de larga duración.

La aportación enfermera en la etapa final de la cronicidad se concreta en el valor de los cuidados. Cuidar a una persona es preocuparse de ella, y esto tiene que ver con la actitud, el compromiso y la responsabilidad. Mediante las tareas cotidianas en el cuidado de la persona que vive una situación de extrema vulnerabilidad, es posible contribuir a que se sienta acogida, confiada, a aliviar su sufrimiento, respetar su autonomía y ayudarle a encontrar sentido y esperanza. A través de los gestos, palabras y miradas que acompañan a estos cuidados es posible preservar la sublime dignidad de la persona.(6)

Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significado para enfermeras/os

Objetivo: Estudio exploratorio de abordaje cualitativo, cuyo propósito fue comprender razones y significados que tiene para el profesional de enfermería el trabajar en el Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Material y método: A una muestra de 32 profesionales de Centros de Salud Familiar de Chillan se aplicó, mediante técnica Delphi, un cuestionario sociodemográfico y preguntas abiertas. Analizadas en base a Minayo, se originaron dos Escala de Likert. Resultados: Entre los discursos emitidos destacan el compromiso, los conocimientos, la entrega, la vocación y cumplir con cierto perfil; significa desgaste y no se permanece indiferente frente al dolor; reconocen la formación de pregrado, pero necesitan mayor capacitación por ser un área compleja; los pacientes enfrentan complicaciones y es difícil enfrentarlas solos; dar tranquilidad y paz permite serenidad en los últimos momentos y la carga emocional, espiritual y física es más llevadera; etapa de gran vulnerabilidad; el rol cobra importancia en lo clínico y en lo humano al entregar apoyo emocional en fallecimiento y duelo; se requiere coordinación efectiva entre los niveles de atención; no están todos los recursos; el trabajo tiene tiempo limitado, por tanto deben existir horas definidas. Conclusiones: Conocer significados, razones profesionales y/o personales permitirá diseñar estrategias y aportar a la formación de pregrado y post título en el área; es necesario aumentar número de enfermeras/os dedicados a este programa, para optimizar la calidad del cuidado de enfermería y satisfacer las

necesidades de pacientes cuando enfrentan una enfermedad oncológica incurable avanzada.(7)

Teorías de enfermería para la investigación y la práctica en cuidados paliativos.

En este artículo se describen y analizan teorías de enfermería usadas para guiar la investigación y la práctica en cuidado paliativo, por medio de la investigación documental retrospectiva realizada con una ventana de observación de 15 años (1990-2015), y teniendo en cuenta criterios establecidos para los descriptores, teorías de enfermería y cuidado paliativo, que guían la investigación y la práctica en cuidado paliativo. Algunos artículos relacionados y capítulos de libro fueron incluidos como soporte de documentación, y el análisis y la comparación de las teorías fueron guiados a partir de lo propuesto por Fawcett y Desanto (2013).

Se exploraron cuatro teorías de enfermería de rango medio que pueden orientar la investigación y la práctica en cuidado paliativo: confort, final tranquilo de la vida, auto trascendencia e incertidumbre. El análisis de las referencias seleccionadas evidenció el predominio de estudios descriptivos que han abordado los fenómenos centrales de cada teoría en pacientes y en cuidadores familiares. En menor proporción, se identificaron estudios de mayor alcance explicativo sobre variables y aspectos particulares de cuidado paliativo, siendo escasos los que reportan el impacto de intervenciones generadas con base en estos referentes teóricos sobre los pacientes o sus familias. Pudo encontrarse que existen teorías de enfermería relacionadas con cuidado paliativo que requieren mayor exploración y uso en el contexto local, de forma que puedan orientar la investigación en el área y el desarrollo de intervenciones que cualifiquen la práctica con evidencia de impacto sobre los usuarios y sus familias.(8)

2.1.2. MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIONES ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL:

CUIDADOS A LA PERSONA CON ENFERMEDAD TERMINAL

Es aquella que no responde a tratamientos específicos instaurados para curar o estabilizar la enfermedad, que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses), y que el proceso está caracterizado por provocar, en general, un alto grado de sufrimiento físico, psicológico y familiar.(21)

CUIDADOS PALIATIVOS:

Son aquellos que intentan mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de una enfermedad en fase terminal. La OMS los define como " el cuidado activo y total de los enfermos que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físicos, psíquicos, las necesidades espirituales y sociales de los pacientes".

OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS: (OMS)

- ✓ 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

LA ENFERMERA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Según Virginia Henderson “el rol esencial de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo en el mantenimiento o recuperación de la salud, o bien asistirlo en sus últimos momentos para que tenga una muerte feliz” El objetivo de los cuidados de enfermería a la persona con enfermedad terminal es contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida y ayudarle a resolver o minimizar sus necesidades, así como brindar apoyo para que viva tan confortablemente como sea posible y contribuir a que muera con dignidad. Todo ello en un marco de colaboración con el resto del equipo, que ha de ser multidisciplinar para garantizar unos cuidados integrales. El International Council of Nurses en una Declaración de posición adoptada en el año 2000 mantiene que “las enfermeras son miembros clave de los equipos pluridisciplinarios que prestan cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias” y “apoya a las enfermeras para que presten cuidados compasivos a las personas en la fase final de la vida, respeten las normas éticas y culturales en la muerte y en el duelo y aborden las necesidades de los miembros de las familias” además pide “la participación de las enfermeras en los debates, la política general y la legislación relacionados con los problemas de la muerte y los moribundos”. . Los elementos clave en el manejo de estos pacientes son: una valoración cuidadosa, la colaboración, la planificación de intervenciones, la evaluación y la modificación del plan de cuidados. Los diagnósticos de enfermería deben basarse en la respuesta del paciente a los síntomas físicos, psicológicos, sociales, funcionales y espirituales y en el significado que tienen para él. El plan de acción básico será: Cumplimentación de los tratamientos médicos indicados, elaboración y realización del plan de cuidados generales y específicos, apoyo emocional, y educación del paciente y familia de cara a promover el autocuidado. “El objetivo de la educación no es solo dar información, se trata de apoyar a los pacientes y sus familias mediante el control y el conocimiento que los capacite para afrontar las deficiencias en el autocuidado de la manera más eficaz”. La enfermera debe valorar e identificar las capacidades de los pacientes y sus familias y sus necesidades de aprendizaje, así como los factores ambientales que pueden interferir con su seguridad y bienestar. Las áreas que se deben valorar son: nivel de preparación, motivación, experiencias pasadas, capacidad física e intelectual. Al igual que en el proceso de atención de enfermería, a la hora de hacer

educación sanitaria debe hacerse una valoración integral, una planificación, una puesta en práctica y una evaluación. La enseñanza ha de ser progresiva y realista, adaptada a las necesidades de cada familia, se debe ir modificando según vayan apareciendo nuevas necesidades y adelantándose a los problemas comunes que pueden ir surgiendo, dejando claro en que casos deben avisarnos. Al planificar la educación la enfermera debe valorar las creencias y tradiciones familiares y tratar de incluirlas en el aprendizaje para mejorar el cumplimiento. Se deben establecer objetivos a corto plazo y realistas porque su consecución proporciona sensación de éxito y aumenta la autoconfianza; deben revisarse y modificarse con frecuencia. Hay que afrontar las necesidades educativas del cuidador principal que se centran en cómo afrontar las situaciones de la vida diaria, por lo que habrá que atender también sus deseos y necesidades, si queremos que el paciente reciba el cuidado apropiado. Para trabajar con estos enfermos las enfermeras deben estar preparadas y tener una formación adecuada. Los programas actuales, muchas veces no consiguen proporcionar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para un buen cuidado del paciente y familia. Algunos organismos internacionales propugnan reforzar la formación de los profesionales sanitarios en el ámbito de los cuidados paliativos como la OMS, o como la European Oncology Nursing Society que en el Programa “Europa contra el cáncer” propone una formación específica de tres años con dos núcleos temáticos: 1- la muerte y el dolor y 2- la comunicación entre la enfermera y el paciente.(21)

LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

AL PACIENTE:

El momento de comunicar a una persona un diagnóstico fatal es una difícil situación. No hay una forma única de hacerlo, y el profesional debe tener siempre presente los derechos del enfermo y respetarlos, y saber individualizar en cada caso. El paciente tiene derecho a saber la verdad, pero en ocasiones también a no saberla; en algunos países, sobre todo anglosajones, se tiende a decir toda la verdad, entre otras cosas para evitar responsabilidades legales; en cambio en otros países se tiende a ocultar el

diagnóstico. Siempre hay que tener en cuenta si la persona quiere más información, qué es lo que quiere saber y si está preparada para recibirla. Se debe investigar mediante preguntas abiertas, todo lo que ya sabe, (incluido informaciones de otros profesionales), lo que piensa, o lo que le está preocupando en esos momentos. Preparar previamente la situación; procurar estar en un ambiente agradable, sin interrupciones; utilizar un lenguaje sencillo, con palabras neutras que no tengan una connotación negativa; utilizar la comunicación no verbal para transmitir afectividad; verificar que entiende lo que se está diciendo, aguardar en silencio respetando el tiempo necesario para que reflexione; contestar las preguntas y ofrecer disponibilidad para todas las futuras dudas que van a ir surgiendo. Hay que valorar el equilibrio psicológico del paciente y es útil para ello investigar reacciones previas ante situaciones difíciles. Puede que la información provoque un choque emocional; algunos factores de riesgo son: pacientes con depresiones severas o enfermedades mentales graves; dolor muy intenso; drogadicción; ancianos socialmente aislados; personas que rechazan los contactos sociales. En estos casos hay que ser muy prudentes y valorar que repercusión puede tener la información administrada. En cualquier caso, la comunicación de la verdad debe darse de forma paulatina y continuada, respetando el ritmo individual. Hay que mantener siempre en el enfermo una esperanza realista, por ejemplo, esperanza de disminuir los dolores, de ser bien cuidado, etc.

A LA FAMILIA:

La familia juega un papel fundamental y debe estar correctamente informada sobre la enfermedad y su evolución. Es muy común informar del diagnóstico y pronóstico de una enfermedad fatal antes a la familia que, al propio paciente, incluso cuando éste da muestras de querer ser informado plenamente. Esto está en contraposición con lo que ocurre con otras enfermedades en las que se mantiene la confidencialidad y no se informa a otras personas a no ser que el paciente lo desee. El momento de conocer el diagnóstico supone un gran impacto emocional; habrá que buscar un ambiente apropiado y tratar de saber lo que ya conocen, lo que intuyen y lo que quieren saber, para de forma sencilla decirles la verdad de forma progresiva. La manera de informar a la familia será distinta de la del paciente,

así como los contenidos; la información deberá ser reiterada, ocurre frecuentemente que no entienden o no pueden entender lo que se les dice y muchas veces tienen miedo de una información que no tienen con quien compartir. En ocasiones tratan de evitar a toda costa que el paciente sepa la evolución de su enfermedad, lo que impide compartir sentimientos, miedos y dudas y hace que éste se sienta cada vez más aislado. Se debe evitar que la familia y los profesionales demos mensajes discordantes; cuando insisten en que ocultemos la información al enfermo, debemos tratar de convencerles que es mucho mejor la sinceridad y trataremos de fomentar una comunicación veraz entre ambos.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

La fase de valoración es básica en la atención, nos va a permitir establecer un plan de cuidados adecuado. Debe realizarse de forma 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, para conocer el diagnóstico con certeza, las pruebas realizadas, expectativa teórica de vida, etc.(21)

VALORACIÓN FÍSICA:

En las personas en final de vida van a aparecer numerosos problemas que hacen preciso una minuciosa valoración. Se puede utilizar una guía de valoración por aparatos que permitirá identificar antes los problemas mayores:

- ✓ 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.

En estos pacientes van a aparecer numerosos síntomas que hay que valorarlos detenidamente, hay que tener en cuenta que estos pueden ser multifactoriales, es decir producidos por distintas causas, que a su vez pueden asociarse, es importante determinar la etiología porque esto va a permitir realizar el tratamiento más eficaz. Hay que valorar así mismo la intensidad de los síntomas, se deben utilizar instrumentos de medida como:

• **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 qué 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.

Es muy útil la utilización de otras escalas como las siguientes:

Escala de Funcionamiento de Karnofsky

(Informa del deterioro del estado general)

- ✓ 100 normal, ninguna queja, ninguna evidencia de enfermedad
- ✓ 90 capaz de continuar actividad normal: síntomas mínimos de evidencia de enfermedad.
- ✓ 80 actividad normal con esfuerzo: algunos síntomas de enfermedad.
- ✓ 70 incapaz de continuar actividad normal o el trabajo. Se cuida por sí mismo.

- ✓ 60 requiere ayuda ocasional, pero puede cuidar de sus propias necesidades.
- ✓ 50 requiere ayuda considerable y asistencia médica frecuente.
- ✓ 40 incapacidad importante: requiere cuidado especial y ayuda.
- ✓ 30 incapacidad severa: se indica la hospitalización.
- ✓ 20 gravemente enfermos: tratamiento activo necesario.
- ✓ 10 moribundo: Enfermedad fatal que progresa rápidamente.

Índice de Katz

Valora la independencia en AVD (actividades vida diaria)

- ✓ Bañarse: no recibe ayuda; Recibe ayuda en una parte del cuerpo; Recibe ayuda en más de una parte.
- ✓ Vestirse: Se viste sin ayuda; Solo recibe ayuda para atarse los zapatos; Recibe ayuda para vestirse.
- ✓ Ir al retrete: No precisa ayuda; Recibe ayuda para ir WC o limpiarse; No va al retrete.
- ✓ Trasladarse: Sale y entra de la cama sin ayuda; Necesita ayuda para levantarse o acostarse; No se levanta.
- ✓ Continencia: Controla completamente micción y defecación; Tiene accidentes ocasionales; Necesita ayuda, o usa sonda o es incontinente.
- ✓ Alimentarse: Se alimenta sin ayuda; Precisa ayuda para cortar o preparar los alimentos; Recibe ayuda para comer.

Clasificación:

- A. Independiente en todos.
- B. Independiente en todos salvo una.
- C. Independiente en todos salvo bañarse y otra más.
- D. Independiente en todos salvo bañarse, vestirse y otra más.
- E. Independiente en todos salvo bañarse, vestirse, ir al retrete y otra más.
- F. Independiente en todos salvo bañarse, vestirse, ir al retrete, trasladarse y otra más.
- G. Dependiente en las seis funciones.

Otras: Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E, o F.

Escala de Norton

Valora posibilidad de lesiones por presión.

- ✓ Estado físico general. - 4- Bueno 3- Regular 2- Malo 1- Muy malo
- ✓ Estado mental. - 4- Alerta 3- Apático 2- Confuso 1-Estuporoso
- ✓ Actividad. - 4- Ambulante 3- Deambula con ayuda 2- Silla de ruedas 1-Encamado
- ✓ Movilidad. - 4- Plena 3- Algo limitada 2- Muy limitada 1- Nula
- Incontinencia. - 4- No presenta 3- Ocasional 2- Urinaria 1- Doble

Entre 5 y 12 Riesgo alto; De 13 a 14 riesgo medio; Menor de 14 riesgo bajo Es conveniente organizar los datos de acuerdo con un modelo de enfermería en lugar de utilizar un modelo médico porque emplean un enfoque holístico y agrupan información relacionada sobre patrones de conducta o funcionamiento humano en vez de patrones de función de los órganos o sistemas corporales. Recomendamos utilizar los patrones funcionales de salud de M. Gordon.

Patrones funcionales de salud de Gordon

- ✓ **Patrón de percepción- mantenimiento de la salud.** Describe la percepción de la persona de su estado de salud.
- ✓ **Patrón nutricional- metabólico.** Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos relacionados con las necesidades metabólicas y los patrones de los indicadores del aporte local de nutrientes.
- ✓ **Patrón de eliminación.** Describe el patrón de la función excretora.
- ✓ **Patrón de actividad- ejercicio.** Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y distracciones.
- ✓ **Patrón cognitivo- perceptual.** Describe el patrón sensitivo- perceptual y cognitivo.
- ✓ **Patrón de reposo- sueño.** Describe los patrones de descanso, sueño y relajación.

- ✓ **Patrón de autoimagen- auto concepto.** Describe el patrón de auto concepto y percepciones del yo.
- ✓ **Patrón de rol- relaciones.** Describe el patrón del rol, compromisos y relaciones.
- ✓ **Patrón de sexualidad- reproducción.** Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con su patrón sexual y los patrones de reproducción.
- ✓ **Patrón de afrontamiento- tolerancia al estrés.** Describe el estrés, su proceso y los mecanismos de afrontamiento y adaptación, así como sistemas de apoyo.
- ✓ **Patrón de valores- creencias.** Describe los patrones de valores, creencias u objetivos que guían las decisiones.

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 distintas escalas, aunque su uso no está muy extendido como por ejemplo la escala MAC (Mental Adjustment to Cáncer) que valora cinco dimensiones: espíritu luchador, impotencia, desesperanza, la ansiedad, el fatalismo y la evitación; la escala HAD (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria) que es una herramienta para el cribado de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer. Otras escalas más conocidas en nuestro medio son las escalas de ansiedad de Golberg y la de depresión de Yesavage, aunque hay que ser prudente a la hora de pasar una determinada escala, individualizar en cada caso la conveniencia o no de su aplicación, así como su oportunidad.

Escala de Goberg:

¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

¿Ha estado preocupado por algo?

¿Se ha sentido muy irritable? ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si hay 2 respuestas positivas, siga preguntando.

¿Ha dormido mal, ha tenido dificultad para dormir?

¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?

¿Ha tenido alguno de estos síntomas: temblores, hormigueos, sudores, diarrea?

¿Ha estado preocupado por su salud?

¿Ha tenido dificultad para dormirse?

Ansiedad= 4 o más.

Es útil valorar los cambios de carácter del paciente relacionado con su proceso siguiendo las etapas del morir descritas por Kübler-Ross:

- ✓ **Negación:** Rechazo de la verdad; Se puede detectar un rechazo del diagnóstico, negar el avance de la enfermedad, ignorar síntomas evidentes, pretensiones de curación, optimismo, hacer planes de futuro...
- ✓ **Ira, rabia:** Reconocimiento de la verdad. Se pueden detectar: periodos de amargura, sensación de que nadie le ayuda, cólera contra la familia y personal sanitario, envidia de los sanos, quejas continuas.
- ✓ **Negociación, pacto:** Compromiso con la verdad. Suele durar poco, el paciente pone condiciones para la aceptación.
- ✓ **Depresión:** Abatimiento ante la verdad. Llanto, ideas de suicidio, recuerdos del pasado, alejamiento del entorno.
- ✓ **Aceptación:** Reconciliación con la verdad. Sensación de paz y tranquilidad. Cansancio.

Estas fases nos valen para comprender a los pacientes, pero no hay que considerarlas de forma rígida y esquemática, ya que no todos los pacientes siguen este orden, ni pasan por todas las etapas. También deben valorarse los miedos, según E. Mansell Pattison los miedos específicos del intervalo Vida- Muerte son ocho: Miedo a lo desconocido, a la soledad, a la angustia, a la pérdida del cuerpo, a perder el autocontrol, al dolor y sufrimiento, a la pérdida de identidad y a la regresión. Otros autores los simplifican en tres: al dolor, a la soledad y a que su vida carezca de sentido. En cualquier caso, se debe estar atento a los temores para poder abordarlos.

VALORACIÓN SOCIO- FAMILIAR:

Se debe valorar:

- ✓ Composición de la familia y los roles que ocupan cada miembro dentro de ella.
- ✓ Calidad de las relaciones familiares y el impacto que estas pueden generar en el paciente.
- ✓ Reacciones de la familia ante pérdidas anteriores.
- ✓ Valorar problemas concretos como disputas familiares, herencias,
- ✓ Recursos económicos y sus posibles variaciones durante la enfermedad y tras la muerte.
- ✓ Costes que genera la enfermedad: medicación, material, el que algún miembro de la familia tenga que dejar de trabajar...
- ✓ Redes de apoyo institucionales e informales.
- ✓ Habitabilidad y confort de la vivienda: higiene, agua caliente, calefacción...
- ✓ Capacitación cultural de la familia para comprender las indicaciones sobre cuidados y tratamiento que deberán ejecutar.

Una de las pocas escalas de valoración socio familiar validadas en nuestro país, es la “Escala Gijón” que, aunque es específicamente para valoración de ancianos, en algunos casos también puede sernos de utilidad; sin olvidarnos de la importancia del trabajo en equipo y que, en presencia de trabajadores sociales, éstos son los profesionales idóneos para realizar la valoración social.

Debido a que en estos pacientes la situación cambia con mucha rapidez, la valoración deberá realizarse de forma continuada. Una vez realizada se elaborará un plan de cuidados que se irá adaptando según se vaya modificando la situación. Este plan se va a centrar en: atención a los problemas que habitualmente presentan y atención a la familia.

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. Debemos plantearnos objetivos realistas y a corto plazo e ir modificándolos paulatinamente según se modifiquen las necesidades de los pacientes. Algunos síntomas van a ser muy difíciles de controlar (debilidad, anorexia...) y de lo que se tratará es de conseguir que el enfermo se adapta a ellos lo mejor posible.

Principios generales del control de síntomas:

- ✓ Previo a cualquier tratamiento se debe tratar de saber la etiología del síntoma, si es secundario a los tratamientos, debido a la propia enfermedad.
- ✓ Valorar la necesidad de tratar un determinado síntoma dependiendo de la fase evolutiva de la enfermedad y de la situación del paciente.
- ✓ Explicar las causas de los síntomas al paciente y familia con términos sencillos.
- ✓ Elegir tratamientos fáciles de cumplir y siempre que sea posible elegir la vía oral.
- ✓ Iniciar los tratamientos lo antes posible y si se puede adelantarnos a los síntomas y tratar de evitar que se cronifiquen.
- ✓ No limitarse al uso de fármacos, incluir medidas no farmacológicas.
- ✓ Evitar en lo posible la poli medicación, restringir si se puede a 4 o 5 fármacos e ir retirando los innecesarios, para lo que hay que revisar continuamente el tratamiento.

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 en el cáncer no recibe un tratamiento adecuado como se deduce de los indicadores de consumo de morfina. La OMS señala algunos de los problemas que dificultan el tratamiento actual al paciente con dolor por cáncer, entre ellos: el desconocimiento de los pacientes y de los propios profesionales de la salud acerca de que el dolor puede ser aliviado, y la falta de entrenamiento adecuado de los equipos que se dedican al alivio del dolor.

Algunos de los problemas para su utilización por parte de los profesionales son formación inadecuada, motivación, etc. y por parte del paciente y familia miedo a la adicción.

El dolor según la IASP (Asociación Internacional para el estudio del dolor) es “una experiencia desagradable sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo”.

Según su etiología el dolor se puede clasificar en: nociceptivo (somático y visceral) y neuropático (central y periférico), 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.

La valoración del dolor debe ser minuciosa y conviene utilizar las escalas ya comentadas.

Principios generales sobre el uso de analgésicos:

- ✓ Creer siempre al paciente sobre la magnitud de su sufrimiento.
- ✓ No utilizar nunca placebos.
- ✓ Individualizar los tratamientos.
- ✓ No mezclar dos opioides.
- ✓ Dar siempre la medicación a horas fijas.
- ✓ Utilizar coadyuvantes si es necesario.
- ✓ No usar psicótropos de forma rutinaria.
- ✓ Siempre que se pueda usar la vía oral.

- ✓ Tratar enérgicamente el insomnio, ya que el dolor empeora por la noche.
- ✓ Evitar los tratamientos desagradables, física o psicológicamente.
- ✓ Verificar con frecuencia regular la eficacia.

Escala analgésica de la OMS:

- ✓ Nivel 1: No opioides con/sin adyuvantes.
- ✓ Nivel 2: Opioides débiles con/sin adyuvantes.
- ✓ Nivel 3: Opioides potentes con/sin adyuvantes.

Nivel 1: Paracetamol, AAS, antiinflamatorios no esteroideos, metamizol. Los antiinflamatorios no esteroideos tienen techo analgésico, por encima de este no producen más analgesia, pero sí más efectos secundarios. Junto con AAS son especialmente útiles en el dolor óseo. El metamizol es más eficaz en dolores viscerales por su actividad espasmolítico. Dosis máxima AAS y Paracetamol 1 gr. cada 4 horas. Metamizol: 8 gr. diarios. Ibuprofeno: 2.400 mgr. Diarios. Naproxeno: 1.250 mgr. Diario.

Nivel 2: Codeína, Dihidrocodeína, Tramadol. Los efectos secundarios son: estreñimiento, náuseas, vómitos, mareos. El tramadol tiene una potencia analgésica ligeramente superior a la codeína. Dosis máxima: Codeína: 60 mg. cada 4 horas. Dihidrocodeína 120mg cada 12 horas. Tramadol 400 mg al día.

Nivel 3: Morfina, Metadona, Fentanilo.

La morfina es el fármaco de elección en el dolor severo. No tiene techo analgésico. Los efectos secundarios son: estreñimiento, náuseas, vómitos, sudoración, confusión, boca seca; conviene adelantarse a ellos. Se puede administrar por cualquier vía. Al iniciar el tratamiento se debe utilizar la morfina de liberación inmediata (cada 4 horas) para ajustar dosis, cuando se conozca la dosis total se pasará a la morfina de liberación controlada; el síndrome de abstinencia a la retirada de morfina se corrige haciéndolo de forma gradual y controlada; es muy raro que se produzca adicción en estos pacientes. La morfina retardada no se puede partir ni machacar.

La Metadona se usa menos debido a su larga vida plasmática y a la posibilidad de acumulación y toxicidad.

Fentanilo: Es un opiáceo que se presenta en parches transdérmicos y pueden liberar la sustancia de forma sostenida durante 72 horas. No tiene techo analgésico. Cuando se retira el parche las concentraciones séricas de fentanilo disminuyen gradualmente a la mitad al cabo de 17 horas. Está indicado cuando hay dificultades para tomar la morfina oral, cuando hay intolerancia a sus efectos secundarios y cuando es imposible realizar correctamente la pauta de administración. Si se precisaran dosis de rescate de morfina oral o subcutánea se debe aumentar la dosis previa de fentanilo. Se aplica sobre la piel evitando zonas muy pilosas, variando la zona con el siguiente parche. El calor sobre la zona del parche puede producir un incremento en la liberación de medicamento.

Algunas cuestiones sobre la morfina:

¿Cuándo empezar?: se debe empezar tras el fracaso de analgésicos de nivel 1 y 2 correctamente utilizados. La indicación no reposa sobre la brevedad o gravedad del pronóstico del paciente sino sobre la intensidad del dolor y la ineficacia de los anteriores.

Vía de administración: La vía oral es la de elección. La vía subcutánea tiene efecto más rápido, pero menos prolongado, solo se debe emplear si no se puede utilizar la oral.

Ritmo de administración: No debe ser “a demanda”, según C. Saunders “ante un dolor constante se precisa un control constante y no un va y viene desesperante entre accesos dolorosos y periodos de somnolencia”. Los analgésicos deben ser administrados a intervalos regulares teniendo en cuenta la vida media biológica y farmacodinámica, hay que dar la dosis siguiente antes que el efecto de la anterior haya desaparecido a fin de evitar un rebrote de ansiedad y dolor.

Dosis inicial: A veces es útil con la primera toma oral dar una dosis de carga por vía parenteral para romper el círculo vicioso de reacciones nociceptivas. Habitualmente la posología se fija en función de la intensidad del dolor, de la edad, peso, estado general...

Adaptación de la posología: Se debe ir aumentando progresivamente hasta calmar el dolor del todo o al menos aplacarlo considerablemente. La eficacia del tratamiento se juzga por los resultados obtenidos, si la mejoría es insuficiente se aumentará la dosis siguiente en un 25-50%, este aumento no se realizará en el aumento del número de tomas sino en la cantidad global de cada una de ellas. En caso de necesidad se puede dar una dosis de liberación inmediata para luego ajustar las dosis. En caso de somnolencia persistente se puede reducir la dosis un 25 %, hay que explicar al paciente que la somnolencia es frecuente al principio pero que desaparece unos días después, aunque es más dificultoso en personas mayores o si se usan dosis elevadas. La depresión respiratoria se observa sobre todo en tratamientos subcutáneo o intratecal, siendo mucho más raro por vía oral, se antagoniza con naloxona. La dependencia psicológica es muy rara, el aumento de la dosis como consecuencia del agravamiento de la enfermedad debe ser aceptados por la familia y el paciente.(21)

Fármacos adyuvantes en el tratamiento del dolor:

Son fármacos que no tienen un efecto analgésico propio, pero que modifican los factores que pueden aumentar el umbral del dolor, se suelen administrar junto a los analgésicos clásicos. Los principales son:

Antidepresivos: Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina. Indicados en el dolor neuropático tipo cinestésico, dolor por tenesmo rectal, y dolores que presentan un fuerte componente de depresión e insomnio asociados.

Anticonvulsivantes: Carbamazepina, Fenitoína, Gabapentina, Valproato. Indicado en dolor neuropático de características lancinantes o en el fijo que no responde a antidepresivos.

Neurolépticos: Clorpromacina, Haloperidol. Indicados como alternativa a los antidepresivos en el tenesmo rectal, también son antieméticos y sedantes.

Benzodiacepinas: Clonazepam, Alprazolam, Diazepam, Midazolam. Indicados en dolor asociado a ansiedad, dolor neuropático lancinante y espasmo muscular agudo.

Corticoides: Dexametasona, Prednisona, Prednisolona, Metilprednisolona. Se usan como analgésicos en el aumento de la presión intracraneal, en la compresión nerviosa, en la compresión medular y en el dolor óseo; además elevan el estado de ánimo, aumentan el apetito, la fuerza y la sensación de bienestar y tienen actividad antiinflamatoria y antiemética. La Dexametasona es el de primera elección, y debe darse mejor por la mañana ya que puede producir insomnio.

Medidas no farmacológicas:

En muchas ocasiones el dolor está producido por problemas no relacionados exclusivamente con el tumor, como es la debilidad, la inmovilidad, la tensión muscular, el deterioro físico. Recordemos el concepto anteriormente mencionado de “dolor total”, muchos de estos dolores responden bien a medidas físicas sencillas añadidas a los analgésicos. Estas medidas serán proporcionadas por personal sanitario, el propio enfermo o la familia tras entrenamiento.

Calor: Relaja los músculos y proporciona sensación de confort, puede utilizarse a través de baños templados, botellas de agua caliente, ropas templadas, manta eléctrica a temperatura mínima...Se debe tener cuidado de que no se produzcan quemaduras y evitarlo en zonas de radioterapia, aunque se haya acabado el tratamiento.

Frío: Es más eficaz que el calor, produce un alivio más rápido y prolongado, aunque los pacientes prefieran este último. Está indicado en dolor que procede de inflamación de tejidos. Puede usarse en forma de compresas frías o con hielo, bien de forma breve o con masaje.

Mentol: Altera la sensibilidad de la piel en la zona donde se aplica y produce la sensación de calor y frío por evaporación, su efecto aumenta con mayores concentraciones, pero puede resultar incómodo por su fuerte olor. Usado durante la noche ayuda a facilitar el sueño.

Masaje: El contacto físico, es en sí mismo positivo para el paciente. El masaje proporciona un efecto placentero, los efectos secundarios son mínimos, solo está contraindicado, si se realiza de forma vigorosa, cuando existen

metástasis en huesos largos por el riesgo de fractura patológica. El masaje suave en la espalda o en los pies o manos resulta muy agradables a los pacientes.

Estimulación nerviosa eléctrica y transcutánea:

Consiste en producir estímulos sobre la piel con un dispositivo de bolsillo que funciona con batería y mediante electrodos, suministra una corriente continua y leve en la piel; por lo general los electrodos se colocan en la zona donde el paciente siente dolor o alrededor de ella. Tiene varios botones que permiten la graduación de la intensidad, la frecuencia y la amplitud de pulso para lograr una sensación calmante y placentera. La enfermera debe enseñar la técnica a pacientes y familia y valorar su uso correcto, así como la evaluación de su efectividad. Está contraindicado en pacientes con marcapasos.

Vibración: Es una forma más vigorosa de masaje, pero con pocos riesgos de producir lesiones, tiene el inconveniente del coste y a veces del ruido que produce.

Relajación: Hay que recordar la relación entre dolor, tensión muscular y ansiedad y como estas dos últimas contribuyen a empeorar el dolor. La relajación rompe este círculo vicioso. Es más efectiva si se utiliza de forma preventiva o cuando el dolor no es muy intenso. Existen varias técnicas de relajación, pero todas tienen en común el objetivo de aprender a relajar los músculos, a dejarlos sin tensión, para luego entrenar la mente para dejar de tener pensamientos reiterativos.

Acupuntura: consiste en insertar agujas en diversos lugares del cuerpo para aliviar el dolor. Se piensa que la acupuntura funciona porque estimula las fibras nerviosas grandes que cierran la entrada en la médula espinal a los impulsos del dolor, también se cree que libera endorfinas. Se utiliza con buenos resultados en el tratamiento del dolor crónico, tiene pocas contraindicaciones y carece de efectos secundarios.

Movilizaciones activas o pasivas: En pacientes muy débiles es frecuente la aparición de dolor por la inmovilidad. Practicar movimientos activos o pasivos

de todas las articulaciones de manera suave entre 5 y 10 veces, una o dos veces al día, puede ayudar a controlar este tipo de dolores o prevenir su aparición, además de conservar la movilidad articular. Las medidas descritas son eficaces para ayudar a controlar el dolor, pero deben valorarse y aplicarse de forma individualizada. También deben tenerse en cuenta medidas de confort general, como: buscar posiciones confortables ayudándose de almohadas o cojines blandos, evitar movimientos bruscos, distraer al paciente involucrándole en actividades agradables (hace que deje de pensar en el dolor), estas actividades se deberán planificar cuando el paciente se sienta mejor y esté más despierto. Son útiles también las técnicas de respiración que se basan en respiraciones profundas y el utilizar imágenes relajantes. En algunos casos a pesar de todo lo comentado para el control del dolor hay que recurrir a terapias antiálgicas más agresivas como bloqueos nerviosos, o procedimientos neuroquirúrgicos. El bloqueo neural consiste en inyectar un anestésico dentro de un nervio, o cerca de él, para bloquear las vías de conducción; puede llevarse a cabo con un anestésico local o con un agente neuroléptico permanente. Los anestésicos locales producen alivio del dolor durante horas o días. Los procedimientos neuroquirúrgicos para el control del dolor consisten en interrumpir las vías que lo conducen mediante cirugía o sustancias químicas; es muy importante seleccionar con cuidado a los pacientes y que estos comprendan los riesgos y beneficios.

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”. Las náuseas y vómitos están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado. Pueden deberse a múltiples causas: secundarios al cáncer, secundarios al tratamiento, otros motivos como úlcera péptica, o motivos menores como olores, presión para que coma, etc. 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.

Medidas no farmacológicas:

- ✓ Enseñar a disminuir el reflejo del vómito: respirar profundamente y tragar, inspirar por la nariz y espirar lentamente por la boca.
- ✓ Explicar las causas si se conocen.
- ✓ Realizar pequeñas cantidades de comidas en varias tomas repetidas. - Procurar un entorno agradable y evitar los olores fuertes y la visión de objetos desagradables.
- ✓ Posición sentado o semisentado, sin nada que presione el abdomen, realizando los cambios de postura de forma lenta.

Tratamiento farmacológico: Debe adaptarse a la causa:

- ✓ Vómitos producidos por opioides: Haloperidol; Metoclopramida.
- ✓ Por quimioterapia: Ondasetron; Dexametasona; Lorazepam.
- ✓ Por aumento de la presión intracraneal: Dexametasona.
- ✓ Estreñimiento: Laxantes.
- ✓ Hipercalcemia: Hidratar y bifosfonatos.
- ✓ Compresión gástrica: Corticoides; Metoclopramida.
- ✓ Obstrucción intestinal: Hioscina; Meclicina; Octreotide.

Consideraciones: Deben darse profilácticamente en los enfermos que van a comenzar con opioides, especialmente los que tengan antecedentes de náuseas y vómitos. Es de elección la vía oral; las vías parenteral o rectal se usarán en caso de obstrucción intestinal y si vomitan más de una vez cada 8 horas. Ante vómitos intratables se debe asociar antieméticos con distintos mecanismos de acción.

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, fenotiazina...). 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); ventoso; 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).

Medidas no farmacológicas:

- ✓ Aumentar la ingesta de líquidos, en forma de agua y frutas y si es posible, ya que no suelen tolerarlo dado que aumentan la sensación de saciedad se puede tratar de aumentar los alimentos con fibra, vigilando que no exista obstrucción intestinal.
- ✓ Responder inmediatamente a los deseos de defecar.
- ✓ Permitir la intimidad.
- ✓ Procurar establecer horario regular aprovechando el reflejo gastro cólico.
- ✓ Aumentar la actividad física dentro de las posibilidades.
- ✓ Revisar y cambiar si se puede los fármacos que provocan estreñimiento.
- ✓ Prevenir la retención de gases: No tomar bebidas gaseosas, evitar alimentos flatulentos, no beber en cañas de plástico.
- ✓ Favorecer la expulsión de gases con movilizaciones frecuentes.
- ✓ Explicar la técnica de colocación de enemas.
- ✓ Cuidar la zona perianal: aplicando lubricantes en el ano, compresas frías para aliviar el escozor, limpiar la piel con papel suave o toallitas jabonosas o con esponjas y jabones suaves.

Si se van a utilizar opioides, se deben indicar laxantes de forma profiláctica.

Tratamiento farmacológico:

- ✓ Los laxantes pueden ser de varios tipos: Reguladores: aumentan el volumen de la masa fecal. Salvado, Metilcelulosa. Son poco útiles en estos pacientes y pueden dar lugar a sensación de saciedad favoreciendo la anorexia. Reblandecedores de heces:
 - ✓ Osmóticos: Retienen agua en la luz intestinal. Lactulosa. Lactitol. Si se utilizan a dosis altas pueden producir flatulencia.
 - ✓ Surfactantes: Aumentan la penetración de agua en las heces. Decusata sódico.
 - ✓ Lubricantes: Humidifican la superficie de las heces. Parafina líquida.
 - ✓ Estimulantes: Aumentan el peristaltismo. Contraindicados si se sospecha obstrucción. Senósidos. Bisacódilo.

En estreñimientos pertinaces conviene utilizar laxantes de distinto tipo de acción, por ejemplo, Parafina + Senósidos +Osmóticos. V. rectal: Hay que asociarles laxantes orales, tienen un periodo corto de latencia:

- ✓ Osmóticos: Supositorios de glicerina, ablandan las heces duras del recto.
- ✓ Lubricantes: Aceite de oliva, se usa en forma de enemas para desimpactar.
- ✓ Salinos: Enemas de fosfato sódico y citrato.
- ✓ Estimulantes: Poli fenólicos.

Si existe fecaloma se aplicará un enema de limpieza con 100 cc. de aceite de oliva por la noche dos días seguidos o un enema fosfatado cada mañana o dos enemas de limpieza en días consecutivos de litro y medio de agua con aceite. Si, a pesar de todo ello, no es eficaz se debe realizar una extracción manual; Procedimiento: Algunos autores dicen que se debe premedica al paciente una media hora antes con Midazolam + morfina de acción rápida; también debe usarse anestésicos tópicos para el recto. Se le indicará al paciente la maniobra que vamos a realizar. He de aconsejarle que respire tranquilo y de forma profunda. En posición de decúbito lateral. Lubricar abundantemente el dedo índice enguantado. Introducir el dedo en el recto lo más profundo que sea posible, moviéndolo en círculo para investigar la existencia de pequeñas masas. Si el fecaloma es demasiado grande, intentaremos fragmentarlo y lo iremos extrayendo con movimientos de

retracción del dedo. Repetir la maniobra hasta extraer la mayor cantidad posible de heces. No forzar nunca la maniobra, la aparición de sangrado o dolor intenso desaconseja continuar. Al finalizar se pondrá un enema para limpiar bien la ampolla rectal y se ajustará la dosis de laxante oral.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:

Se produce con relativa frecuencia en los pacientes con cáncer avanzado.

- ✓ **Causas:** Compresión extrínseca (crecimiento del tumor). Debidas al tratamiento (fármacos, postquirúrgicas, post-radioterapia)
- ✓ **Tratamiento:** Quirúrgico, según el estado del paciente y su esperanza de vida y si la causa es reversible.
- ✓ **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. Así mismo, la pérdida de apetito es vivida con angustia por la familia. Valorar posibles causas que hacen reversible la anorexia: estreñimiento, náuseas, malestar en la boca, dolor no controlado, desequilibrio hidroelectrolítico, factores emocionales como temores o ansiedad.

Tratamiento farmacológico:

Metoclopramida antes de las comidas y al acostarse. Alivia las náuseas y la saciedad precoz.

Corticoides: Aumentan el apetito y la sensación de bienestar. Dexametasona (mejora el apetito y la debilidad, no mejora el peso o el estado general); Metilprednisolona (aumenta el apetito de forma significativa pero el beneficio desaparece a las 4-5 semanas); Prednisolona. El efecto en todos ellos es transitorio por lo que estarían indicados en pacientes con corta expectativa de vida (+/- un mes)

Acetato de Megestrol: Aumenta el apetito y el peso. Está indicado en pacientes con expectativa de vida mayor a un mes. La desventaja es su elevado coste.

Cannabinoides: Dronabinol. Produce mejoría de ánimo y del apetito, siendo más útil cuando hay náuseas y en pacientes jóvenes. Efectos adversos: somnolencia, confusión, alteraciones perceptivas.

Inhibidores de las citoquinas: Talidomida. La mayoría de los estudios se han realizado en pacientes con Sida. No se describen efectos secundarios. En pacientes incapaces de tragar (cáncer de cabeza, cuello, esófago) y con conservación del apetito y del estado general, estaría indicada una sonda nasogástrica o gastrostomía ya que mejora el estado nutricional pero también el grado de confort y la imagen corporal del paciente.

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. Una máxima es que deben comer sin horarios y lo que les apetezca, en poca cantidad y con frecuencia. Hacerles ver que la pérdida de peso no se debe sólo a la alimentación. Si piden suplementos nutricionales deben desaconsejarse ya que no hay evidencia científica que demuestre que puedan mejorar la calidad de vida en estos pacientes. Se deben ofrecer consejos de preparación de menús sencillos, así como preparación del ambiente para ayudar a hacer la comida más apetecible.

Preparación del ambiente:

- ✓ Tratar la comida como una ocasión social, no como una obligación a cumplir. Arreglar al paciente para contribuir a mejorar la autoestima. Es preferible que estén sentados, si pueden, y acompañados.

- ✓ Evitar actos dolorosos antes de las comidas y retirar todo el material de curas.
- ✓ Evitar dar líquidos antes de las comidas.
- ✓ Evitar los olores fuertes.
- ✓ Presentar la comida de forma agradable. Vigilar color, textura y cantidad de la comida. Servirla en platos pequeños y retirar un plato antes de servir el siguiente.
- ✓ Las comidas en purés pueden resultar muy insípidas, resultan más atractivas las condimentadas adecuadamente.
- ✓ Pueden tener aversión a la carne roja por el amargor de la urea que contiene, dar en su lugar carne de pollo o similar o disimular el sabor añadiendo vino o cerveza.
- ✓ Mantener la comida caliente porque resulta más sabrosa que la tibia.
- ✓ Evitar durante la quimioterapia dar sus platos preferidos porque a veces se produce aversión a la comida en esta fase.

Trucos para aumentar el contenido calórico- proteico: Usar leche evaporada o nata en las salsas y sopas; añadir mantequilla a las pastas, arroces y salsas; añadir queso, huevo duro picado o frutos secos; ofrecer pan o pasteles; de todas formas hay que evitar las comidas demasiado enriquecidas con lácteos porque aumentan el estreñimiento y recordar que no hay que insistir en este aporte calórico, así como en los alimentos ricos en fibra, que es más bien para tranquilidad de la familia, ya que no tiene mucho sentido en fases avanzadas de la enfermedad.

Tener en cuenta que por la mañana se suele tener más apetito para aprovechar para dar un desayuno más completo. Tras las comidas debe permanecer sentado para evitar náuseas.

Las restricciones dietéticas previas (dietas bajas en sal o grasas) no tienen ahora ningún sentido. Recordar la importancia de la flexibilidad horaria total. Evitar que el enfermo vea su imagen en los espejos y desaconsejar que se pese. Facilitar ropa adecuada a su estado actual y realizar ajustes en la dentadura postiza.

Para hidratar si no les apetece o no pueden tomar líquidos puede darse gelatina, suele ser muy bien aceptada y tiene la ventaja añadida de aportar proteínas y ser de bajo coste. La sensación de sed puede corregirse con hielo triturado en la boca, chupar helados, etc.

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”.

Las lesiones y problemas en la boca tienen gran importancia en la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado. Se presentan en la mayoría de ellos.

Los cuidados de la boca en estos pacientes son un buen indicador de los cuidados que están recibiendo por parte de la familia y de los profesionales.

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 neutropenias y las estomatitis producidas por fármacos quimioterápicos o por radioterapia.

Tratamiento de la boca dolorosa:

Se pueden usar soluciones anestésicas varias veces al día como: Lidocaína viscosa al 2 %; Hidróxido de aluminio y Lidocaína al 2 % a partes iguales; Difenhidramina (enjuagues con cápsulas disueltas en agua). Hay que tratar las infecciones, así por ejemplo en las micosis se puede usar Nistatina o Fluconazol.

Cuidados de la boca:

El objetivo principal es proporcionar sensación de bienestar y comodidad y mantener la boca limpia y con la humedad adecuada. Para ello se enseñará a la familia su cuidado que deberá realizar todos los días y en la fase terminal cada 4 horas. Se realizará un cepillado dental después de las comidas o al menos por la mañana y por la noche con un cepillo infantil de cerdas suaves para evitar causar lesiones. Las soluciones desbridantes se usan para quitar placas de detritus y ablandar la suciedad, pueden ser: $\frac{3}{4}$

partes de bica rbonato + $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada o $\frac{3}{4}$ de suero fisiológico + $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada. En caso de pacientes inconscientes se eliminará la placa con una torunda o bastoncillo impregnado en un antiséptico; en fases avanzadas se debe estimular a la familia para que reiteradamente humedezcan los labios con gasas empapadas en agua.

Boca seca:

Es muy frecuente y puede deberse a muchas causas, la más frecuente es la ingesta de fármacos. La sequedad severa provoca que la saliva parezca más espesa, escoriaciones en la boca, mal aliento, dificultad para hablar y tragar, alteraciones del sabor y enfermedades de los dientes y encías.

Medidas generales:

- ✓ Beber agua de forma regular todo el día, se le puede añadir gotas de limón.
- ✓ Chupar pastillas de vitamina C o caramelos sin azúcar.
- ✓ Evitar los alimentos muy condimentados o salados.
- ✓ Masticar chicle sin azúcar.
- ✓ Chupar trozos de piña natural.
- ✓ Chupar cubitos de hielo aromatizados con limón.
- ✓ Realizar ejercicios frecuentes de estimulación masticatoria.
- ✓ Restringir consumo de cafeína y alcohol.
- ✓ Bebidas a pequeños sorbos como té, café con hielo, cerveza.
- ✓ Enjuagues con manzanilla y limón, no usar los colutorios que contengan alcohol.
- ✓ Estimulantes de la saliva como pilocarpina o clorato potásico.
- ✓ Saliva artificial: 12 mg de metilcelulosa, 0,2 ml de esencia de limón y 600ml de agua.
- ✓ Hidratar los labios.
- ✓ Respirar a través de la nariz y no de la boca.
- ✓ Añadir humedad al aire de la habitación.
- ✓ Higiene bucal como se comentó anteriormente.

DISNEA

Es la sensación subjetiva de dificultad para respirar con sensación de falta de aire o asfixia.

La incidencia es de un 40-50 % de los pacientes con cáncer avanzado y en los pulmonares hasta un 70 %, estos porcentajes aumentan al ir progresando la enfermedad.

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.

Es necesario evaluar las causas para tratar de instaurar un tratamiento adecuado, aunque en situaciones avanzadas, la etiología suele ser múltiple y el tratamiento causal muy difícil. Hay que tener en cuenta que la sensación de falta de aire es muy angustiada para el paciente, esto le hace respirar más deprisa y aumentar de esta forma la disnea.

Medidas no farmacológicas:

- ✓ No dejar solo al paciente, acompañarle y dar soporte afectivo.
- ✓ Incorporar la cama.
- ✓ Humidificar el ambiente.
- ✓ Oxígeno de forma intermitente. (Su uso está discutido, valorar los deseos del paciente, puede usarse como placebo, pero a veces es motivo de incomodidad o preocupación).
- ✓ Colocar ventiladores o abanicar al paciente.
- ✓ Terapia de relajación o yoga.
- ✓ Ejercicios respiratorios.
- ✓ Si las actividades causan disnea incluir periodos de descanso en las mismas.
- ✓ Si el hecho de hablar la agudiza disminuir la duración de las visitas y de la conversación.
- ✓ Aliviar la sequedad de garganta.

Tratamiento farmacológico:

- ✓ Ansiolíticos: Disminuyen la ansiedad y la taquipnea: Diazepam 5-10 mg/8- 12 horas por vía oral. Lorazepam, es de acción más rápida, vía sublingual u oral 0,5-2 mg. Midazolam 2,5-5 mg vía subcutánea.
- ✓ Morfina: Si no la tomaba previamente de 2,5-5 mg/4 horas. Si la tomaba antes aumentar la dosis diaria en un 50%.
- ✓ Corticoides: Dexametasona a dosis de 16-40 mg de choque, oral o parenteral y 2-8 mg/día de mantenimiento.
- ✓ Atropinicos: La Hioscina disminuye las secreciones bronquiales, debe darse precozmente, se utiliza también en los estertores pre-mortem, 10-20 mg. Oral o SC.

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”.

Es un problema frecuente que afecta al paciente y a la familia. 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, Los problemas del sueño deben ser tratados de forma enérgica. Lo primero es intentar conocer la causa y controlarla.

Medidas no farmacológicas:

- ✓ Reducción de luz y sonidos nocturnos. Dejar una pequeña luz indirecta.
- ✓ Ambiente agradable, temperatura adecuada. Música suave.
- ✓ Relajación.
- ✓ Comunicación y diálogo sobre sus miedos con profesionales y familia.
- ✓ Aumentar la actividad diurna.
- ✓ Evitar el exceso de ropa en la cama, debe estar limpia y seca.
- ✓ Bebidas calientes antes de acostarse.

- ✓ Ajustar los horarios de medicación para evitar las horas nocturnas.

Tratamiento farmacológico:

- ✓ Benzodiacepinas: son los hipnóticos de elección ya que reducen la ansiedad, favorecen el sueño y disminuyen la tensión muscular. Son especialmente útiles los de acción rápida: Triazolam (0,125 mg). Lorazepam (0,5- 2 mg). Midazolam (7,5- 15 mg). Diazepam (5-10 mg).
- ✓ Si existe depresión: Amitriptilina 25-150 mg. Trazodona 50-100 mg.
- ✓ Si hay ansiedad paradójica: Clorpromazina 10-25 mg. Como dosis inicial por la tarde y otra dosis de 25-50 mg al acostarse. Haloperidol 5-10 mg. es menos sedante.
- ✓ En insomnios resistentes: Morfina 5-10 mg. y Midazolam 5-15 mg. combinados por vía SC. En casos extremos: Morfina 10 mg + Clorpromacina 50 mg + Escopolamina 0,5 mg. por vía IM.

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, Muchas veces es infradiagnosticada al asumir que es normal que un paciente con enfermedad terminal manifieste cierto grado de ansiedad.

Principales causas: Mal control del dolor o de otros síntomas. Hipocalcemia. Efectos de los fármacos (altas dosis de corticoides, neurolépticos,). Retirada de sedantes. Antecedentes de enfermedad psiquiátrica. Proximidad de la muerte. Incertidumbre hacia el futuro personal y familiar.

Medidas generales:

- ✓ Buen control de síntomas.
- ✓ Soporte afectivo familiar.
- ✓ Permanecer con la persona.
- ✓ Permitirle compartir sus preocupaciones.
- ✓ Explicación del significado de los síntomas.
- ✓ Apoyo emocional y espiritual.
- ✓ Relajación progresiva y otras técnicas de autocontrol emocional.
- ✓ Psicoterapia breve.

Tratamiento farmacológico:

- ✓ Benzodiazepinas son los fármacos de elección, mejor emplear los de vida media corta, (Lorazepam, Alprazolam).
- ✓ Fenotiazinas: en ansiedad severa, su acción es además antiemética y potenciadora de opiáceos (Clorpromacina, Tioridazina).
- ✓ Butirofenonas (Haloperidol) útil para tratar la agitación e hiperactividad, tiene efecto calmante no somnífero.
- ✓ Betabloqueantes (Propanolol) en caso de que existan manifestaciones somáticas como sudoración o temblor.
- ✓ Opioides pueden ser la medicación más efectiva en ansiedad severa en estos pacientes.

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.

Los síntomas suelen ser: pérdida de interés, sentimientos de inutilidad y culpa, baja autoestima, disminución de la concentración, ideas de muerte y suicidio. Los factores de riesgo de suicidio en pacientes con cáncer son:

- ✓ Dolor no controlado, aspecto de sufrimiento.
- ✓ Enfermedad avanzada, pronóstico pobre.
- ✓ Depresión, desesperanza.
- ✓ Delirio, desinhibición.

- ✓ Pérdida de control, tristeza.
- ✓ Psicopatología preexistente. Historia de alcoholismo.
- ✓ Historia previa de intentos de suicidio, historia familiar.
- ✓ Cansancio, fatiga.

Medidas generales:

- ✓ Tratar de solucionar los factores físicos que estén influyendo, así como los síntomas.
- ✓ Apoyo emocional.
- ✓ Permitir hablar de sus preocupaciones.
- ✓ Aumentar los sistemas de apoyo.

Tratamiento farmacológico:

Antidepresivos. Se debe iniciar con dosis bajas y aumentar lentamente. En estos pacientes son mayores los efectos secundarios y pueden producir desorientación. Están contraindicados en estado confusional y enfermedad hepática.

- ✓ Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, son de primera elección al ser mejor tolerados y con menos efectos secundarios.
- ✓ Antidepresivos tricíclicos: Se usarán cuando estén, además, indicados como adyuvantes en el tratamiento del dolor.

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA:

“Estado en el cual un individuo experimenta una alteración o desgarro de la piel”.

Los cambios en la piel se ven favorecidos por la anorexia, deshidratación, disminución de la movilidad, alteraciones circulatorias, ... El cuidado de la piel es básico en la atención a los pacientes terminales, mantener su integridad es necesario para proteger el organismo de agentes externos y evitar sufrimientos añadidos.

Una buena higiene es la base fundamental del cuidado: el lavado una vez al día, (salvo en caso de incontinencia, que será cuando sea necesario), porque si es más frecuente también se puede afectar la función protectora de los lípidos y el sebo. Se realizará un lavado suave evitando frotar para prevenir erosiones con jabones de pH neutro.

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.

Recomendaciones:

- ✓ No abusar del lavado.
- ✓ Evitar ambientes secos (aire acondicionado, calefacción) y favorecer la humedad ambiental (humidificadores, plantas de interior, recipiente con agua sobre radiador).
- ✓ Se puede añadir al agua del baño emolientes como la avena coloidal o aceite.
- ✓ Secar con toallas suaves.
- ✓ Tras el baño y por la noche se usarán cremas o aceites: crema con urea al 5- 10 %, o con lanolina, aceite de almendras o de oliva, vaselina; cuanto más grasa sea, tendrá mayor poder humectante.
- ✓ Vigilar la aparición de erosiones.

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.

Recomendaciones:

- ✓ Baños de corta duración y secado adecuado, sobre todo en las zonas citadas; en pieles sensibles se puede usar un secador de pelo a temperatura suave.

- ✓ Favorecer que dé el aire en los pliegues, mediante posturas que lo permitan.
- ✓ Inspeccionar con regularidad la piel para detectar precozmente la aparición de micosis e iniciar tratamiento tópico adecuado.
- ✓ En caso de exudados y en incontinencias se pueden usar cremas protectoras con productos repelentes del agua como la dimeticona o los preparados con zinc, y en casos más severos se pueden usar corticoides tópicos. No usar cremas hidratantes ni aceites.
- ✓ Si no hay infección se puede usar compresas humedecidas en suero fisiológico o solución de Burow (subacetato de aluminio) o agua sulfatada, durante 2 a 10 minutos tres veces al día.
- ✓ Si hay infección: Tratar la infección y revisar si hay dermatitis de contacto secundaria a agentes tópicos.

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.

Recomendaciones:

- ✓ Evitar baños con agua muy caliente y prolongada.
- ✓ Evitar calor y sequedad de la piel.
- ✓ Evitar rascado, puede frotarse con suavidad. Cortar bien las uñas.
- ✓ Limitar el uso de jabón en el lavado.
- ✓ Usar aceite tras el baño sin secado previo.
- ✓ La mayoría de las veces con un cuidado apropiado de la piel no se precisa otros tratamientos.
- ✓ Aplicar compresas con mentol o lociones de calamina.
- ✓ Usar fórmulas magistrales que contengan mentol, fenol ácido salicílico, etc., anestesian las terminaciones nerviosas cutáneas y dan sensación de frescor.
- ✓ Las cremas con antihistamínicos no están recomendadas. · Pueden emplearse geles anestésicos locales como lidocaína en áreas

pequeñas. - Las cremas con corticoides son útiles en los eczemas, pero no en el prurito debido a enfermedad sistémica.

- ✓ En pruritos generalizados pueden ser eficaces otros tratamientos sistémicos como clorpromacina, prometazina, hidroxicina.

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 Norton o cualquier otra validada.

Lo más importante es la prevención, para ello habrá que enseñar a la familia a dar los cuidados necesarios, que se centran en:

- ✓ Alivio de la presión por movilidad activa o pasiva; en pacientes encamados cambios posturales cada 2-3 horas.
- ✓ Protección de los puntos más vulnerables como talones, tobillos, codos, rodillas y sacro con almohadillas de gomaespuma, apósitos protectores (poliuretano: película e hidro celulares, hidrocoloides).
- ✓ Higiene y cuidado de la piel como se describió anteriormente.
- ✓ Colchones de aire, agua o camas especiales.
- ✓ Empleo de protectores en la cama de piel de cordero que absorben la humedad y varían la sobrecarga de presión.
- ✓ En pacientes incontinentes se valorará el uso de colectores o sondajes para evitar la contaminación.
- ✓ Inspección diaria de la piel sobre todo de las prominencias óseas y si hubo lesiones previas de esas zonas por el riesgo de recurrencia.

Si la zona aparece enrojecida o ya ha aparecido lesión, se valorará el estadio de la úlcera y se procederá a curas periódicas. Un plan básico de

cuidado de las úlceras debe contemplar: desbridamiento de los tejidos necróticos, limpieza de la herida, prevención y abordaje de la infección bacteriana y elección de un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

Están desaconsejados los antibióticos tópicos; así mismo, la povidona yodada, agua oxigenada, ácido acético, y soluciones cloradas por sus efectos cito tóxicos e inhibidores de la regeneración del tejido de granulación. Se recomienda la higiene de la úlcera con solución fisiológica.

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.

La asistencia espiritual forma parte de la atención integral del enfermo terminal; es ayudarles a vivir los últimos días conforme a su propia espiritualidad, que ellos mismos deben descubrir.

Se puede ayudar a los pacientes a través de la exploración de los temores específicos; un temor muy común es considerar la enfermedad como

un castigo; se suelen dar sentimientos de culpa y arrepentimiento por errores pasados, también vergüenza por la pérdida de control y dependencia de otros.

El sufrimiento a menudo hace que los pacientes sean más receptivos a los aspectos espirituales. La espiritualidad, se refiere a la experiencia básica de las personas en relación con su visión del mundo, un sistema de valores y un sentido de lo último; no es sinónimo de religión y no debe confundirse; sin embargo a las personas que definen su espiritualidad dentro de una determinada religión, se les debe facilitar su participación en actividades religiosas y darles acceso a los consejos espirituales de su fe; casi todas las religiones tienen ritos que tienen como objetivo ayudar a los pacientes moribundos; estos ritos proporcionan alivio y ayuda a los pacientes y familia.

Un factor importante que considerar es que casi nunca un paciente hablará de su sufrimiento espiritual si antes no están resueltos sus problemas físicos, emocionales y sociales, porque es previo que tenga estas molestias resueltas.

El apoyo de los profesionales no impide el sufrimiento ni la angustia, pero ayuda a aliviarlos. Algunas estrategias:

- ✓ Ante todo, hay que escuchar, ya que proporciona consuelo y apoyo directo.
- ✓ Manifestar respeto pleno hacia el derecho del paciente a tener sus propios valores y creencias.
- ✓ Estar disponible, reflejar empatía, explorar emociones, enfatizar lo positivo, sugerir al paciente que los conflictos pueden compartirse con la familia.
- ✓ No es apropiado ofrecer consejo o emitir opiniones, es más oportuno un silencio con atención y cuando se realice ha de ser con prudencia y evitando los tópicos.
- ✓ El recordar el pasado puede contribuir a dar un nuevo sentido al presente, el interesarse por su vida pasada y recalcar lo positivo y el hecho de recordar como pudo resolver otras dificultades puede aumentar su autoconfianza.

Los profesionales sanitarios tenemos algunas dificultades en esta atención: a veces tenemos formación en “enfermedad” y no en las personas que la padecen, el dolor que causa ver el sufrimiento de los demás, juicios de valor sobre lo que está experimentando el enfermo; debemos intentar abandonar todo ello y recibir formación sobre la atención espiritual igual que sobre otros aspectos de los cuidados paliativos.

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”.

La fatiga o falta de energía es una respuesta humana al cáncer y su tratamiento, que puede caracterizarse por sentimientos subjetivos de debilidad, agotamiento y falta de energía debidos al esfuerzo o estrés prolongados; es diferente del cansancio.

Las características definitorias son: Expresión verbal de falta de energía que no desaparece y resulta abrumadora. Incapacidad para mantener los hábitos. Expresión verbal de sufrimiento.

Es uno de los síntomas más frecuentes del cáncer y tiene un gran efecto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes. 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.

Las causas son múltiples, entre ellas: reposo excesivo o insuficiente; exceso o falta de actividad; los síntomas mal controlados aumentan la sensación de fatiga; asociados a tratamientos como quimioterapia, radioterapia o cirugía; trastornos en el estado de ánimo; desequilibrio nutricional por defecto, anemia.

La forma de medir la fatiga es a través de la información que facilita el propio paciente; puede utilizarse la escala de Rhoten que es una escala lineal

de 0 a 10, siendo 0 la ausencia de cansancio y 10 el agotamiento total. Se debe evaluar el patrón de descanso y el de actividad; se tratará de distinguir entre fatiga y depresión; valorar los efectos de la fatiga en la vida diaria y preguntar cómo empezó, cuánto dura, cuáles son los factores que la empeoran o mejoran, y valorar posibles causas reversibles.

Es el síntoma menos investigado en el cáncer; se requieren mayores estudios para mejorar su cuidado, incluyendo: su medición, las intervenciones y las estrategias educativas.

Tratamiento:

Hay pocos medicamentos eficaces en el tratamiento de este síntoma. Se debe tratar la anemia si existe. Pueden resultar eficaces los psicoestimulantes, pueden proporcionar sensación de bienestar, disminuir la fatiga, aumentar el apetito, también pueden contrarrestar los efectos sedantes de la morfina, pero pueden producir insomnio, euforia y conductas paranoicas.

Algunas intervenciones de enfermería son:

Facilitar el sueño o el reposo.

Explicar las causas de la fatiga a la persona y familia.

Establecer prioridades en las actividades.

Fomentar ejercicio controlado.

Utilizar dispositivos de ayuda como andadores, silla de ruedas, etc.

Actividades de manejo de la energía.

Involucrarle en actividades que restauren el nivel de atención.

Ayudarle a identificar las actividades que causan más fatiga para evitarlas o modificarlas.

OTROS PROBLEMAS:

Se van a enunciar otros problemas que con frecuencia nos encontramos las enfermeras en la atención a estos pacientes y simplemente

enumerar una serie de actividades sugeridas por NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) sin entrar a describir las actividades que comprenden cada una, por la extensión que supondría.

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, Algunas intervenciones sugeridas:

- ✓ Ayuda con los autocuidados en las áreas referidas.
- ✓ Manejo ambiental.
- ✓ Cuidado de uñas, ojos, pies, cabello, boca,
- ✓ Facilitar autorresponsabilidad.

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

Algunas intervenciones sugeridas:

- ✓ Acuerdo con el paciente.
- ✓ Apoyo a la familia.
- ✓ Apoyo emocional.
- ✓ Asesoramiento.
- ✓ Establecimiento de objetivos comunes.
- ✓ Escucha activa.

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

- ✓ Aumentar el afrontamiento.

- ✓ Asesoramiento.
- ✓ Apoyo emocional.
- ✓ Escucha activa.
- ✓ Aumentar los sistemas de apoyo.
- ✓ Clarificación de valores.
- ✓ Facilitar el duelo.

NEGACIÓN INEFICAZ:

Relacionado con la enfermedad terminal. Algunas intervenciones:

- ✓ Aumentar el afrontamiento.
- ✓ Asesoramiento.
- ✓ Declarar la verdad al paciente.
- ✓ Disminución de la ansiedad.
- ✓ Orientación de la realidad.

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

- ✓ Apoyo a la familia.
- ✓ Estimulación de la integridad familiar.
- ✓ Fomento de la implicación familiar.
- ✓ Mantenimiento en procesos familiares.
- ✓ Movilización familiar.
- ✓ Fomento de la normalización familiar.

ATENCIÓN A LA FAMILIA No se puede dar una buena atención al paciente con enfermedad terminal si no se tiene en cuenta a la familia ya que ésta es un elemento clave para el cuidado de sus necesidades físicas y emocionales.

Al comunicar a la familia el diagnóstico de la enfermedad y ésta intentar aceptar la pérdida inminente se empiezan a producir una serie de ajustes en las relaciones con el paciente. La adaptación de los sentimientos va a depender mucho de cómo se produjeron adaptaciones ante pérdidas y conflictos previos.

La familia también pasa por distintas fases de adaptación a la enfermedad:

- ✓ Negación, sin aceptar la realidad, lo que llevará a visitas a otros equipos, buscar curanderos, etc.
- ✓ Enfado, reaccionando contra el enfermo o contra los profesionales.
- ✓ Pacto.
- ✓ Depresión ante la próxima muerte.
- ✓ Aceptación.

Es importante tenerlo en cuenta para comprenderlos mejor y en ocasiones tener mayor paciencia ante algunas actitudes. A veces pueden surgir conflictos porque se encuentren en distinta fase que el enfermo. Otras veces los conflictos pueden ocurrir por los cambios que se producen en los roles familiares y las readaptaciones que suponen.

El equipo sanitario debe establecer una buena relación para compartir ansiedades, temores y preocupaciones. Los temores principales son: no saber qué hacer cuando el enfermo se deteriore; a que sufra; a no tener ayuda profesional cuando lo necesiten; a ser responsabilizados por no cuidar bien de él; a no saber hacerlo bien; a que se encuentre solo en el momento de la muerte; al futuro. Necesitan, por tanto, una información veraz y continua, seguridad de que van a tener un buen apoyo profesional durante toda la enfermedad y un buen equipo para dar la atención necesaria y que se les proporcione apoyo emocional con comprensión y empatía, así como reconocimiento por su labor. La escucha activa y el soporte emocional son dos instrumentos básicos de ayuda.

Un buen soporte a la familia debe atender los siguientes aspectos:

- ✓ Satisfacer sus necesidades de información.
- ✓ Mejorar su comunicación.
- ✓ Ofrecer seguridad.
- ✓ Facilitar su participación en el cuidado.
- ✓ Enseñarles a atender a su familiar.
- ✓ Darles apoyo emocional.
- ✓ Reducir sus temores.

- ✓ Facilitar la toma de decisiones.
- ✓ Ayudarles a cuidar de sí mismos.
- ✓ Acompañarlos en la agonía y el duelo.

Para conseguir una buena relación se debe: destinar un tiempo para hablar con ellos y preguntarles de forma abierta por sus preocupaciones; saber escuchar y estar atentos a la comunicación no verbal; aprender a reconocer el cansancio y dar muestras de sensibilidad ante su sufrimiento.

A medida que la enfermedad progresa, los cambios de roles crean una nueva dinámica familiar que puede ayudar a afrontar el fin, esto incluye unas relaciones más honestas y habitualmente mejoran los vínculos afectivos, pero a veces pueden darse otras respuestas como: incomunicación entre los familiares; sobreprotección; protagonismos de última hora de personas ausentes a lo largo del proceso. Estos problemas pueden conducir a la claudicación familiar que es la incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades del paciente. Hay que estar atentos y prevenir que esto suceda dando un apoyo continuo y mejorando la comunicación.

A medida que se acerca la muerte la familia debería tener la oportunidad de plantear preguntas, aclarar preocupaciones y recibir información de lo que va a pasar. Hacerles entender que el coma es un proceso natural y que los pacientes, aunque no estén conscientes perciben las muestras de cariño. Unos familiares querrán estar en el momento de la muerte, pero otros tal vez no, habrá que facilitarles a ambos la decisión.

El acercamiento consiste en resolver asuntos inacabados y crear experiencias para afrontar el fin. La mayoría de las relaciones tienen asuntos sin resolver y las familias tienen cuestiones que deben arreglar. Se debe facilitar que esto suceda. La despedida facilita la muerte. Un método para promover el acercamiento es crear recuerdos positivos ya que ayudan a los pacientes a aclarar sus sentimientos.

Cuidador principal:

Es preciso identificar al cuidador principal, porque va a ser nuestro interlocutor directo para la transmisión mutua de información y además, porque precisará nuestro apoyo por la sobrecarga física y emocional que va a sobrellevar.

Las condiciones que hacen más funcional la tarea del cuidador son: que identifique su rol; que tenga momentos para sí mismo y que la enfermedad del familiar no suponga una carga física/psíquica inabarcable. El que tenga momentos de respiro le va a permitir recuperar fuerzas y esto va a repercutir en la mejora de los cuidados.

El cuidador necesita compañía y el apoyo de sus familiares y amigos tanto como el paciente. Se le debe brindar ayuda constante y estar atentos a sus sentimientos, así como desculpabilizarle de cualquier cosa que ocurra al enfermo. En ocasiones, la sobrecarga puede requerir periodos breves de hospitalización; hay que apoyarle en la decisión y ayudarle a manejar los sentimientos de culpa y frustración. Puede ser útil proporcionarle contactos con grupos de autoayuda.

ULTIMOS MOMENTOS:

La agonía es el estado que precede a la muerte, es la fase más dura de todo el proceso de la enfermedad y cuando tanto el paciente como la familia requerirán mayor atención.

Debemos tratar de que suceda de la manera más tranquila posible y con el menor sufrimiento. Los objetivos en esta fase son:

- ✓ Respetar la voluntad del enfermo y sus intereses.
- ✓ Mantener la calidad de vida, por medio del control de síntomas y del soporte afectivo.
- ✓ Utilizar la medicación necesaria para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, sin pretender la muerte.
- ✓ Asumir la muerte como una realidad inevitable.
- ✓ Propiciar la despedida.

- ✓ Implicar a la familia en el cuidado, compañía y expresión de sentimientos.
- ✓ Ofrecer soporte y disponibilidad.

Se deben evitar los cambios posturales y procurar la mayor comodidad proporcionando los cuidados de confort precisos como higiene, posición de la cama y almohadas, refrescarle, humedecer la boca.

Se suspenderán los fármacos no imprescindibles, conviene no prescindir de los opioides si los estaba tomando, la vía SC será la de elección en la mayoría de los casos, aunque a veces pueden continuar con la vía oral. No se debe realizar sueroterapia ni sondajes. El tratamiento de los síntomas se irá adaptando a la nueva situación (estertores, agitación,). Se avisará a los familiares cuando la muerte esté cercana ya que crea mucha frustración no haber estado al lado en los últimos momentos. Estos momentos son preciosos para aprovecharlos al máximo, por lo que se debe facilitar que estén con su familiar y se despidan.

Se les debe informar de lo que va ocurriendo y de la aparición de síntomas previsibles, así como responder a sus preguntas y explicarles que la muerte puede sobrevenir en cualquier momento y ésta será independiente de la medicación que se administre, para evitar los tabúes de que adelantamos su muerte, o en caso de que coincida con la administración por parte de un familiar de algún tratamiento evitar los sentimientos de culpa.

Se explicará también que en los últimos momentos el paciente puede no tener ninguna comunicación con los que le rodean y que no es debido a falta de cariño sino parte del proceso. Hay que recordarles que el tacto y el oído están presentes hasta el final y animarlos al contacto físico y la expresión de sentimientos.

Posteriormente, tras la muerte, reunirse con la familia, explicarles la situación, reforzar lo bien que le han cuidado, indicarles los trámites burocráticos y manifestarles pesar y ofrecer ayuda posterior.

EL DUELO:

Los cuidados proporcionados a pacientes y familia durante una enfermedad terminal influyen profundamente en el duelo que sigue a la muerte.

El duelo es una reacción adaptativa ante la pérdida de un ser querido. Son una serie de emociones y sentimientos encadenados como: tristeza, dolor, rabia y sentimientos ambivalentes hacia uno mismo y los demás.

Los profesionales deben extender la ayuda a la familia tras el fallecimiento. La intensidad y duración del duelo varían en cada persona, pero suele ser proporcional al significado de la pérdida. La primera reacción es la negación para evitar el impacto doloroso, para dar paso a la fase aguda del duelo que suele durar dos semanas y que va seguido de un periodo de 3-6 meses de recuerdos del fallecido y elaboración de pensamientos; posteriormente, la persona reinicia su vida y percibe la realidad de la pérdida comenzando la aceptación emocional y la renuncia definitiva a recuperar a la persona querida, suele durar de 1-2 años. Los signos que indican que se ha superado son: que la persona pueda hablar del familiar perdido sin llorar ni desconcertarse y que pueda establecer nuevas relaciones y aceptar nuevos retos de la vida.

La mayoría de las veces se elabora adecuadamente, sobre todo si se cuenta con un buen soporte afectivo, pero puede haber duelos mal elaborados a los que habrá que estar atentos. Factores de riesgo: las circunstancias de la muerte, la edad del fallecido, el rol que éste desempeñaba, la personalidad del familiar y el soporte emocional.

Signos y síntomas que indican dificultad para la elaboración del duelo:

Síntomas de depresión clínica graves y prolongados, sentimiento persistente de inutilidad y culpabilidad durante al menos 12-18 meses.

Aislamiento social prolongado, retraimiento.

Embotamiento emocional, en el que el familiar niega experimentar cualquier reacción emocional a la pérdida.

- ✓ Incapacidad para llorar.
- ✓ Hablar como si la persona muerta siguiese viva.

- ✓ Hiperactividad compulsiva sin sentimientos de pérdida.
- ✓ Quejas múltiples de síntomas físicos.
- ✓ Fuerte identificación con el difunto y manifestación de los síntomas de enfermedad que éste presentaba.
- ✓ Rabia extrema y persistente.
- ✓ Abuso de drogas o alcohol.
- ✓ Problemas conyugales, familiares, laborales o escolares.

Es fundamental la disponibilidad del equipo sanitario, permitiendo al familiar hablar del fallecido y expresar sus sentimientos, en la mayoría de los casos no habrá que realizar estrategias especiales y en principio se debe evitar el uso de fármacos y permitir la resolución natural del proceso, pero ante sospecha de duelo patológico habrá que realizar un seguimiento.

Para terminar, voy a transcribir un pequeño pasaje de un clásico, para describir el amor y los cuidados con que un moribundo desea que le traten. Tolstoi nos lo expone magistralmente en "La Muerte de Iván Illich":

"El principal tormento de Iván Illich era la mentira, esa mentira admitida por todos, ni se sabe por qué de que no estaba más que enfermo y no moribundo y que no tenía más que quedarse tranquilo y cuidarse para que todo se arreglara, y esa mentira le atormentaba, sufría por el hecho de que no quisieran reconocer lo que todos veían bien, como él mismo y por el hecho de que le mintieran obligándole a él mismo a tomar parte en aquel engaño. Aquella mentira que se cometió respecto a él en la víspera de su muerte, aquella mentira que rebajaba el acto formidable y solemne de su muerte a nivel de sus cortinas y de sus comidas, le resultaba a Iván Illich atrozmente penosa y cosa extraña, estuvo muchas veces a punto de gritarles mientras arreglaban en torno a él sus pequeños líos: ¡Basta ya de mentiras, vosotros sabéis y yo mismo lo sé también que me muero, por lo menos dejad de mentir! Pero jamás tuvo valor para obrar así... ". Más adelante continúa: "Lo que más atormentaba a Iván Illich además de aquella mentira o como consecuencia de ella, era que nadie le tuviese lástima como a él le hubiera gustado que se la tuviesen. En ciertos momentos, después de largas crisis dolorosas por vergüenza que le diera confesarlo, habría querido por encima de todo que le

tuviesen lástima como a un niño enfermo. Sentía ganas de que lo acariciasen, de que lo besasen, de que llorasen cerca de él, como se acaricia y consuela a los niños”.(21)

CAPÍTULO III

3.1. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Nivel:

- Descriptivo

Método:

- Cuantitativo.

Según el tiempo:

- Prospectiva.

Diseño:

- Transversal.

Población:

- Dos Licenciadas en Enfermería que laboran en el área de Cuidados Paliativos en la Consulta Externa en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA-Guayaquil.

Procedimiento para la recolección de la información:

- Encuesta

Instrumentos de recolección de datos:

- Cuestionario de preguntas con respuestas de alternativas múltiples y dicotómicas dirigidas a las Licenciadas en Enfermería.

Técnica de procesamiento y análisis de datos:

Una vez recolectado los datos se utilizó el programa Excel en la elaboración de tablas, obteniendo los resultados con las fórmulas del sistema. Para la presentación de resultados se elaboraron gráficos de acuerdo al problema observado.

3.2. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

3.2.1. Variable general: Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal.

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Tareas o labores que cada individuo ejerce diariamente con el objetivo de preservar y cuidar la integridad, recuperación o paliación de pacientes.	Características del personal de enfermería.		
	Conocimiento del personal de enfermería.	Atención del paciente en etapa terminal.	Si No
		Comunicación con el paciente y la familia.	Si No
		Valoración del paciente física, psicológica y familiar.	Si No
Actividades de enfermería en la comunicación al paciente y familia.	Prepara y valora el equilibrio psicológico, informa a la familia diagnóstico y pronóstico. Proporciona a la familia información no verbal.	Si No	

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Tareas o labores que cada individuo ejerce diariamente con el objetivo de preservar y cuidar la integridad, recuperación o paliación de pacientes.	Actividades en la valoración del paciente	Valoración física	Aparatos y sistemas. Utiliza instrumentos de medida. Aplica la escala de Karnofsky. Aplica el índice de Katz. Aplica la escala de Norton. Valora patrones funcionales de salud.
		Valoración psicológica	Aplica escala de Goberg. Aplica otra escala
		Valoración socio-familiar	Composición familiar. Reacciones familiares. Problemas de disputa familiar. Costos. Redes de apoyo. Habilidad y confort de vivienda. Capacitación cultural de la familia.

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Tareas o labores que cada individuo ejerce diariamente con el objetivo de preservar y cuidar la integridad, recuperación o paliación de pacientes.	Actividades de enfermería en la ansiedad ante la muerte	Medidas generales Tratamiento farmacológico.	Si No
	Actividades de enfermería en el deterioro de la integridad de la piel.	Proporciona recomendaciones	Si No
	Actividades de enfermería en la presencia de problemas frecuentes.	Dolor	Utiliza escala analgésica OMS. Aplica medidas no farmacológicas. Utiliza estimulación nerviosa eléctrica y transcutánea.
		Náuseas	Utiliza medidas no farmacológicas. Aplica tratamiento farmacológico.
		Estreñimiento	Utiliza medidas no farmacológicas. Aplica tratamiento farmacológico.

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Tareas o labores que cada individuo ejerce diariamente con el objetivo de preservar y cuidar la integridad, recuperación o paliación de pacientes.	Actividades de enfermería en la presencia de problemas frecuentes.	Deterioro de la mucosa oral	Examen físico: Labios, dientes, mucosa bucal, lengua, encías, mal aliento, infecciones frecuentes. Tratamiento de boca dolorosa.
		Disnea	Medidas no farmacológicas. Tratamiento farmacológico.
		Fatiga	Facilita el sueño, Explica causas, Establece prioridades. Fomentar ejercicio controlado. Utilizar dispositivos. Actividades de manejo de energía. Involucrarle en actividades que restauren el nivel de atención. Ayudar en la identificación de causa. Medidas generales.
		Depresión	Tratamiento farmacológico

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Tareas o labores que cada individuo ejerce diariamente con el objetivo de preservar y cuidar la integridad, recuperación o paliación de pacientes.	Actividades de enfermería en otros problemas	Deterioro de la movilidad física.	
		Déficit de autocuidado. Manejo efectivo del régimen terapéutico. Trastornos de la imagen corporal. Negación neficaz. Alteración de los procesos familiares.	Si No
	Actividades de enfermería en la atención a la familia	Satisface la necesidad de información. Mejora su comunicación. Ofrece seguridad. Facilita su participación en el cuidado. Brinda apoyo emocional. Reduce temores. Facilita la toma de decisiones. Ayuda a cuidarse así mismo. Acompaña en la agonía y duelo.	Si No

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<p>Tareas o labores que cada individuo ejerce diariamente con el objetivo de preservar y cuidar la integridad, recuperación o paliación de pacientes.</p>	<p>Protocolo de atención de enfermería</p>	<p>Atención de pacientes en etapa terminal</p>	<p>Si No</p>

3.3. TABULACIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

GRÁFICO No. 1

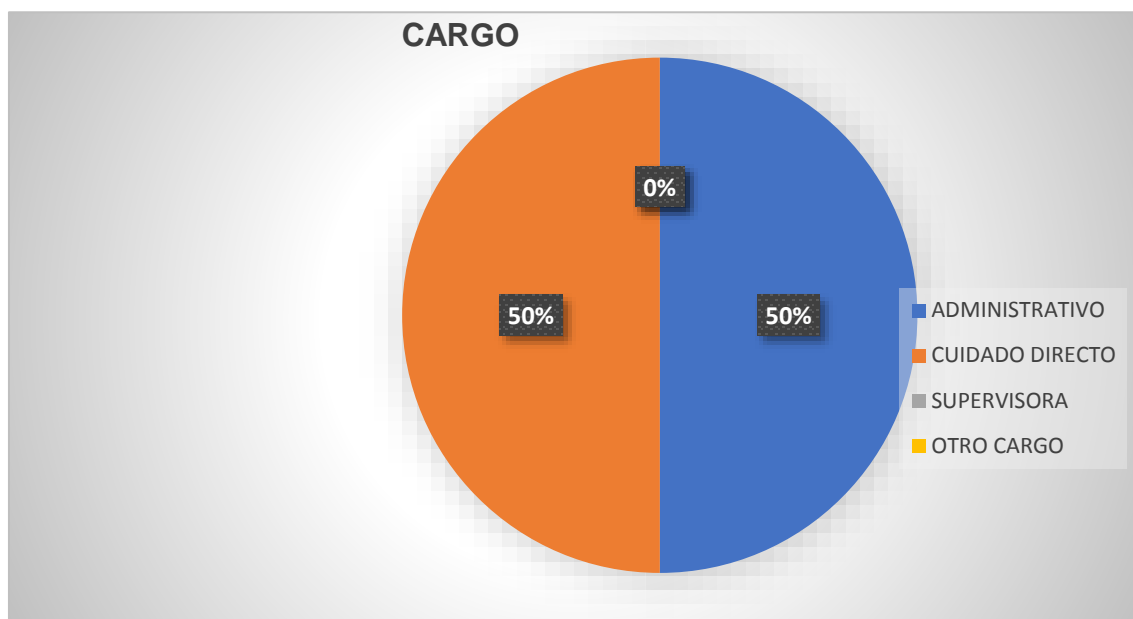


Figura 1 Cargos

Fuente: Encuesta

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS:

Las tres profesionales de Enfermería que laboran en el área de Cuidados Paliativos cumplen actividades de Cuidados Directo y Administrativas. Son las encargadas de la planificación y ejecución del cuidado organizado por parte del Equipo de profesionales de la Salud para atender de forma prioritaria los requerimientos de los pacientes en etapa terminal, tanto en la consulta como en las visitas domiciliarias.

GRÁFICO No. 2

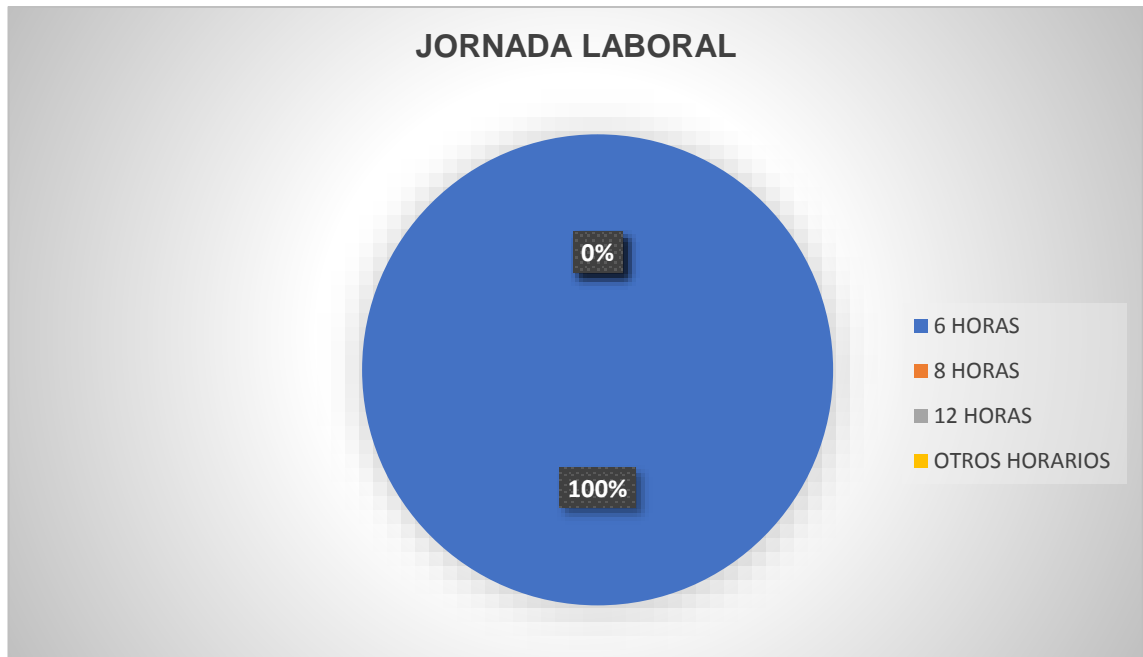


Figura 2 Jornada Laboral

Fuente: Encuesta.

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS:

La jornada laboral que cumplen las dos profesionales de Enfermería es de 6 horas, conforme a lo reglamentado por la Institución. Esta jornada se ejecuta tanto en la atención de pacientes que llegan a la consulta como en aquellas visitas domiciliarias programadas.

GRÁFICO No. 3

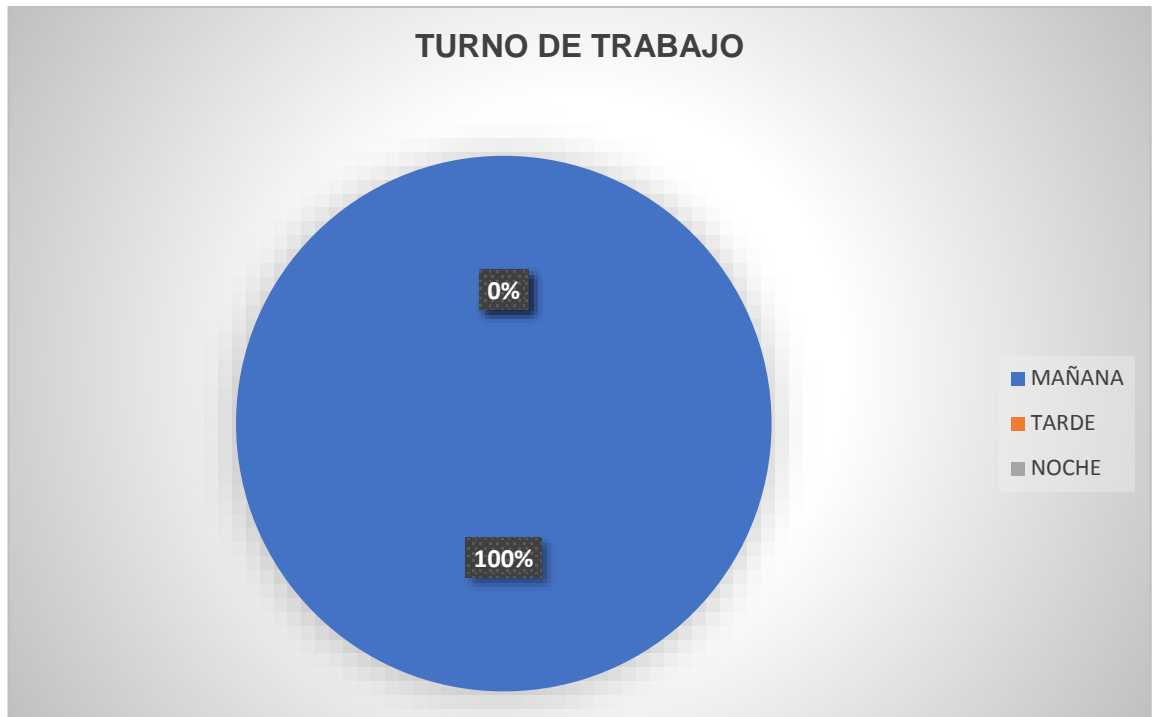


Figura 3 Horario de Trabajo

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS:

El área de cuidados paliativos atiende a paciente solo en la jornada matutina. Por lo que la encuesta y la observación a las profesionales de Enfermería se realizaron en la mañana.

GRÁFICO No. 4

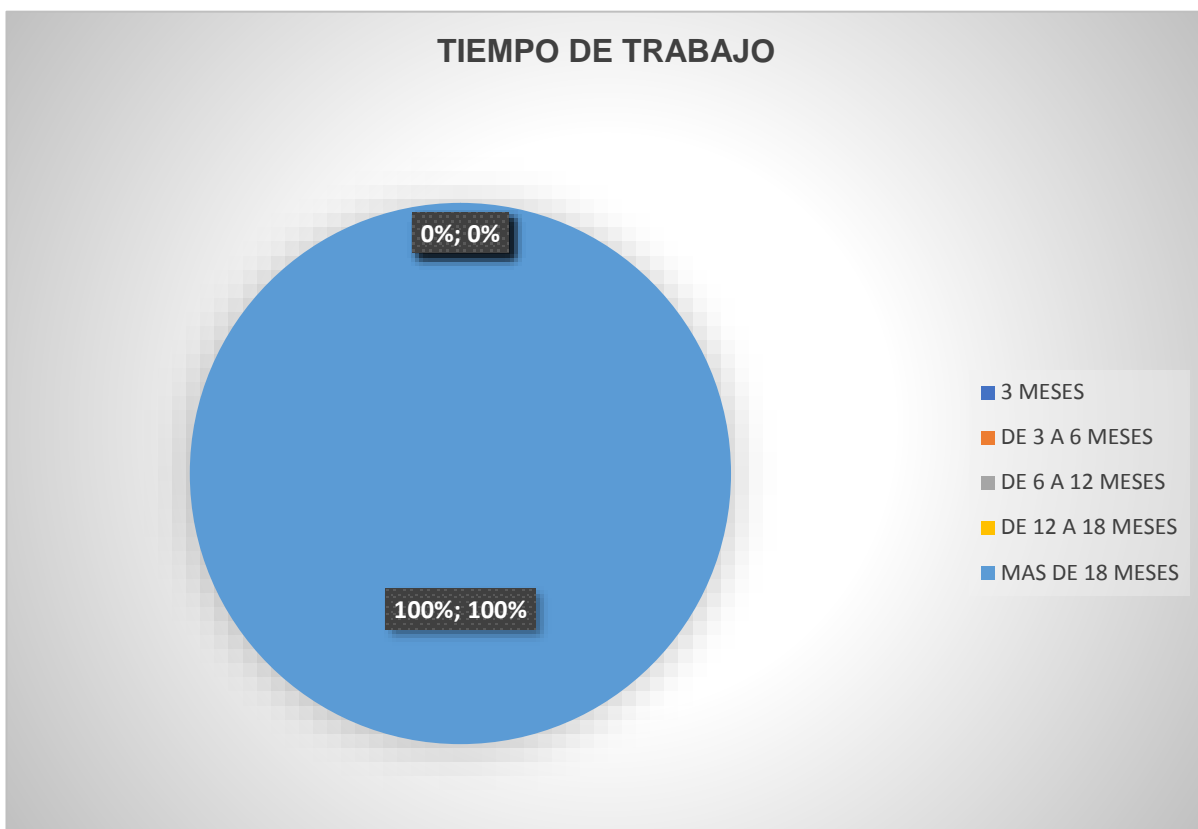


Figura 4 Años de Trabajo

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

Las Licenciadas en Enfermería responsables de la atención de pacientes en el área de Cuidados Paliativos tienen más de 18 meses ubicadas en el área. Por lo tanto, es un personal con conocimiento, entrenado y con gran experiencia para el cumplimiento de actividades en la atención de este tipo de pacientes.

GRÁFICO No. 6

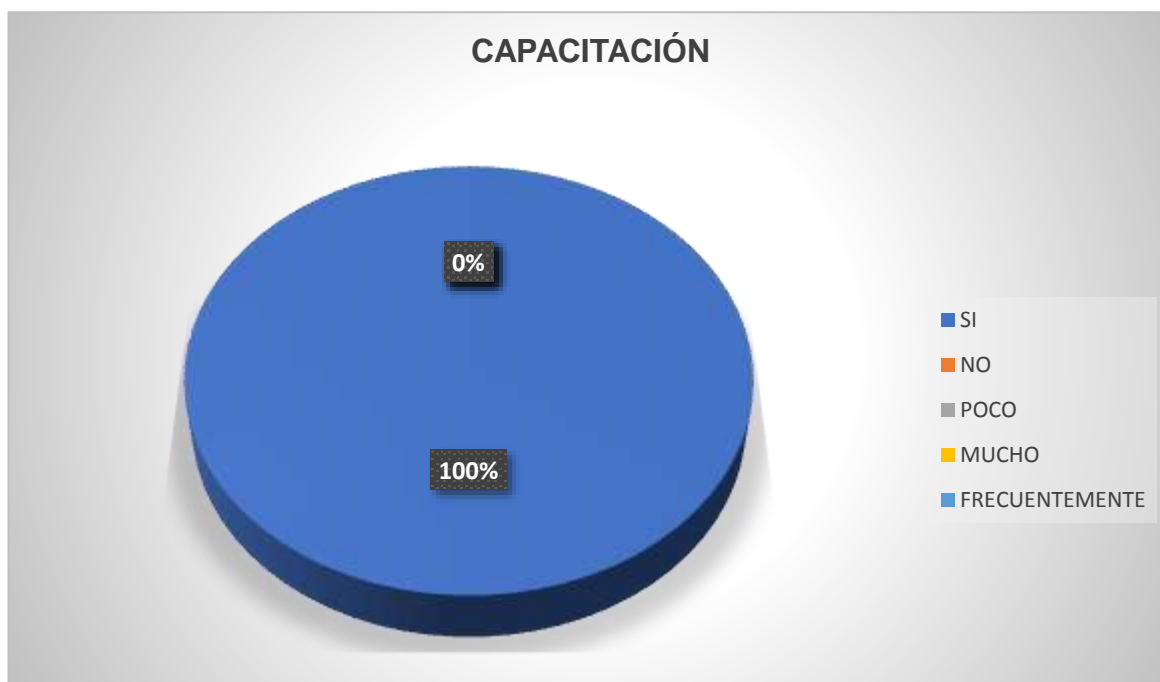


Figura 6 Capacitación

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

La capacitación es algo realmente importante, porque permite mejorar los conocimientos, habilidades, conductas y la calidad de atención que se le brinda a los pacientes en etapa terminal, en este sentido el 100% del personal de enfermería refiere que si reciben capacitaciones constantes por parte del hospital, Laboratorios de insumos médicos, visita de especialistas por Congresos y otros eventos científicos.

GRÁFICO No. 7

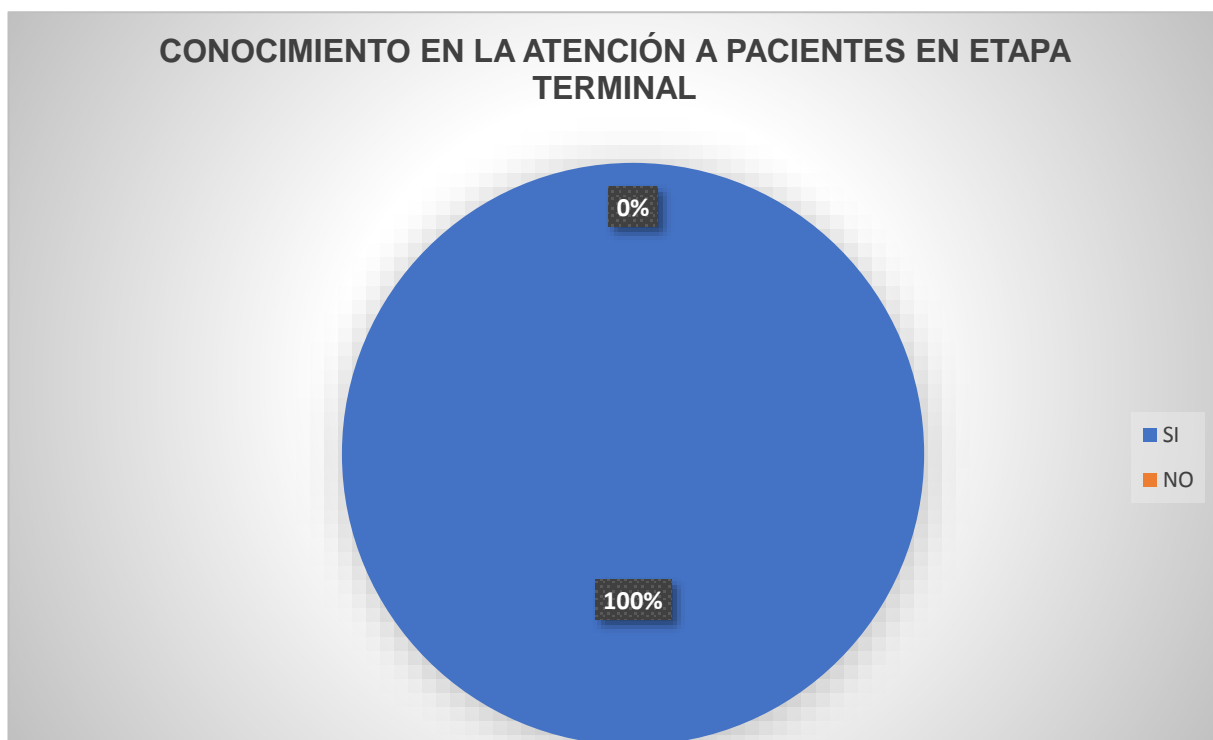


Figura 7 Conocimiento a los Pacientes en etapa terminal

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

Las profesionales en Enfermería, tiene conocimientos de los métodos, protocolos y las actividades que deben realizar a la hora de atender a los pacientes, dicho conocimiento fue adquirido por su formación académica, su experiencia como enfermeras oncológicas y sobre toda la experiencia que tienen en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal

GRÁFICO No. 8

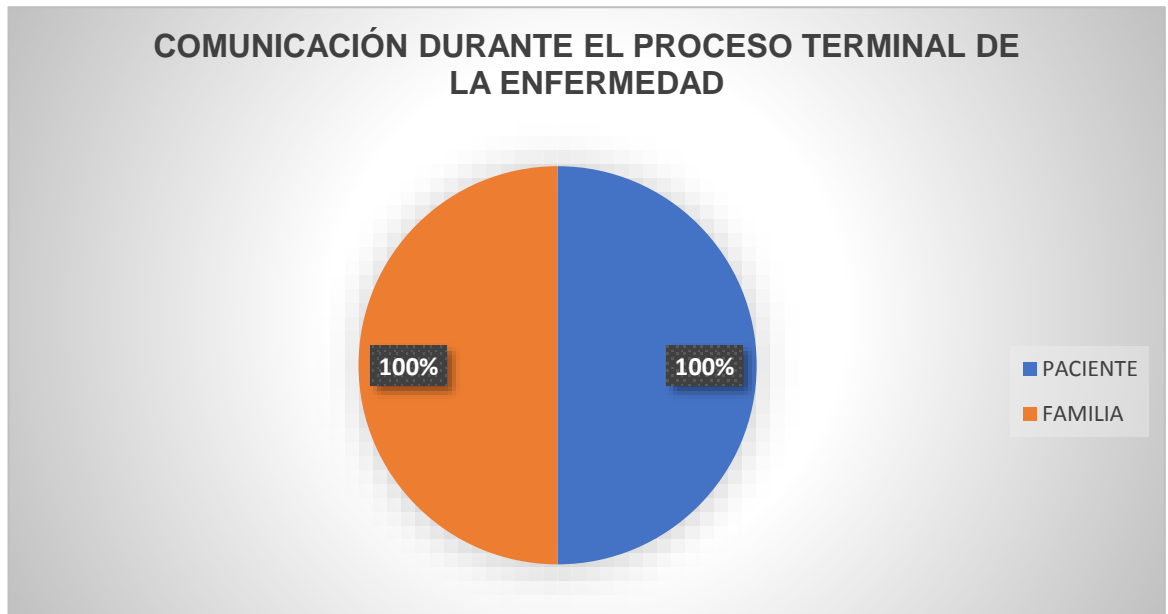


Figura 8 Comunicado Durante el proceso terminal de la enfermedad

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

El profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en el tratamiento del dolor y de los cuidados permanentes al paciente declarado terminal. El contacto continuo con el paciente lo lleva a establecer con él una relación de cercanía y cordialidad, la enfermera debe ser capaz de responder profesionalmente al paciente, pero también humanamente, en este sentido las Licenciadas en Enfermería, practican una buena comunicación con el paciente y con sus familiares.

GRÁFICO No. 9

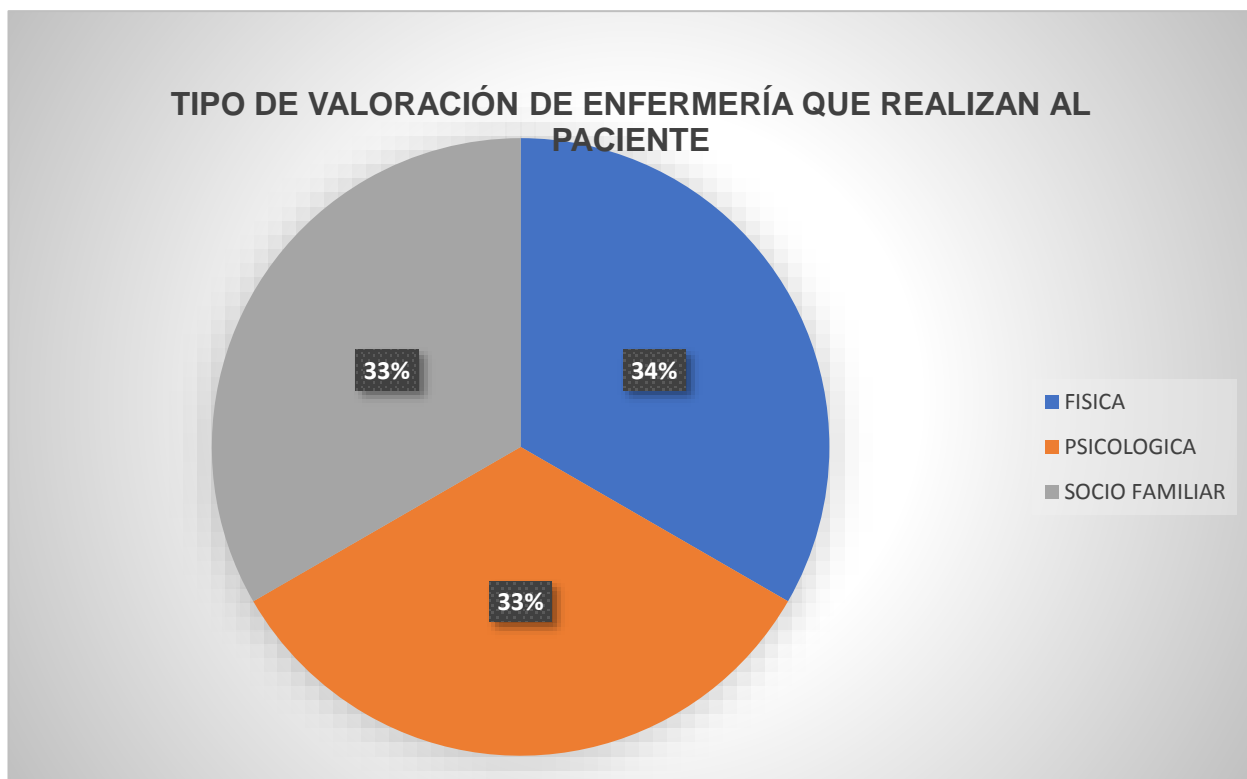


Figura 9 Tipo de Valoración de enfermería realizada al Paciente

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

La valoración es una etapa fundamental dentro del Proceso de Atención de Enfermería, ya que ésta permite al profesional obtener datos objetivos y subjetivos, que le posibilitan establecer problemas reales o potenciales de salud en el adulto. Cuando llega un paciente, las Licenciadas en Enfermería realizan la valoración física del paciente utilizando diversas técnicas como la inspección, la palpación y el examen físico, de igual forma la valoración psicológica y socio familiar mediante formularios previamente estructurados.

GRÁFICO No. 10

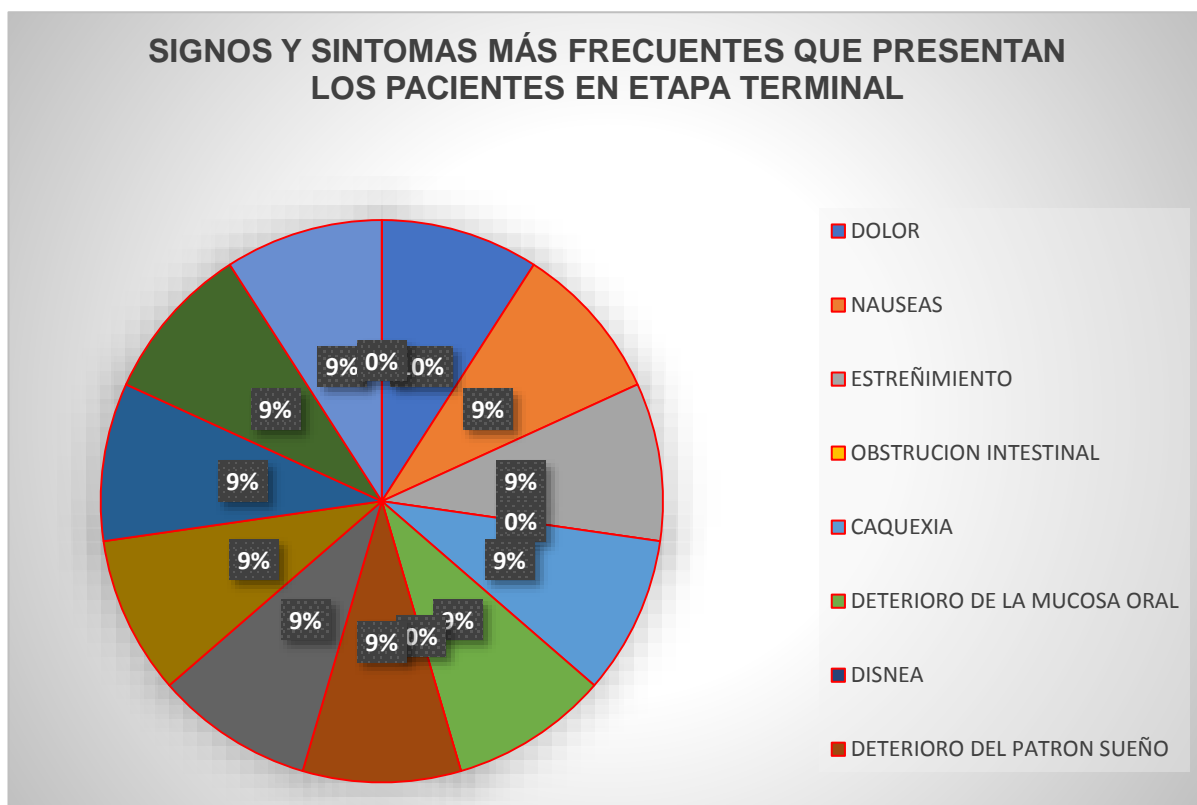


Figura 10 Problemas más frecuentes que presentan los pacientes en etapa terminal

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

La información recopilada hace referencia a un Síndrome, puesto que este tipo de pacientes presentan un conjunto de manifestaciones, entre los principales se destaca: el dolor, las náuseas, el estreñimiento, la caquexia, el deterioro de la mucosa oral, el deterioro del patrón sueño, ansiedad ante la muerte, la depresión, el deterioro de la integridad cutánea, el sufrimiento espiritual y la fatiga, representa el 100% de los casos, mientras la obstrucción intestinal, la disnea y otros problemas representa el 0% de los casos.

GRÁFICO No. 11

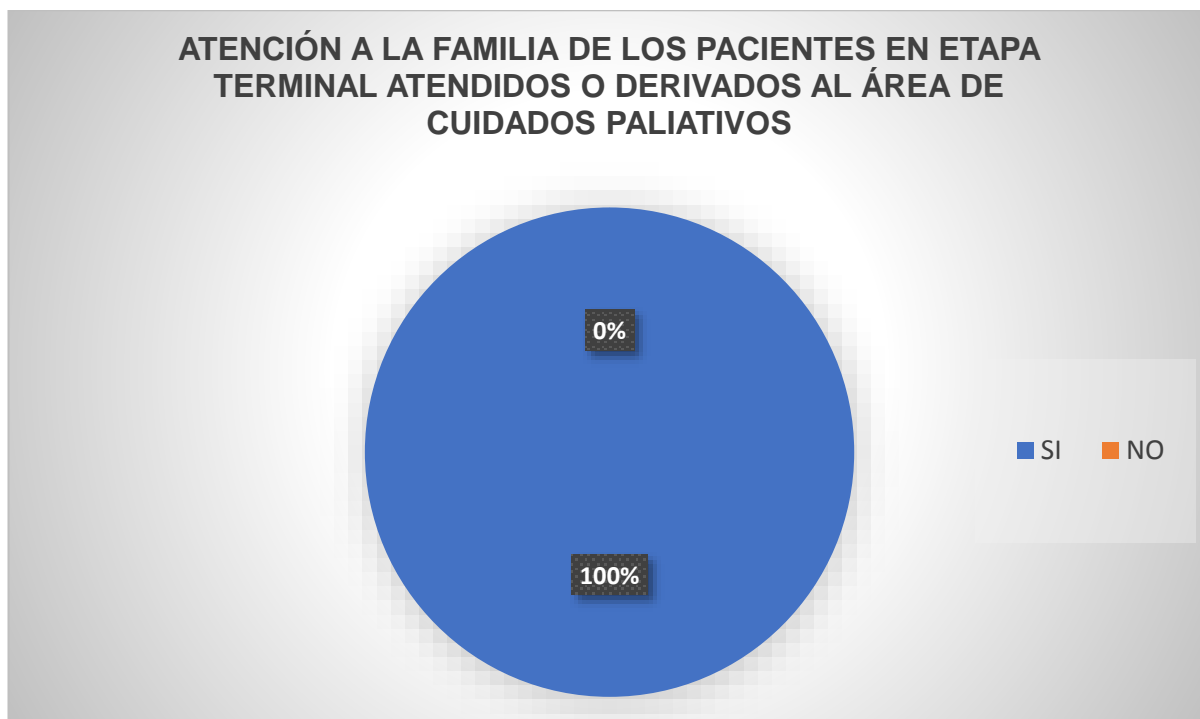


Figura 11 Atención a la familia de los pacientes en etapa terminal atendidos o derivados al área de cuidados paliativos

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

La atención a la familia representa un punto importante dentro de la labor del personal de enfermería ya que ellos al igual que los pacientes en muchas ocasiones no saben cómo afrontar esta situación difícil por la que pasan, es así que el personal de enfermería asegura una buena comunicación con los familiares de los pacientes a fin de brindarles más información de las cosas que deben hacer con sus familiares y como deben afrontar esta situación.

GRÁFICO No. 12

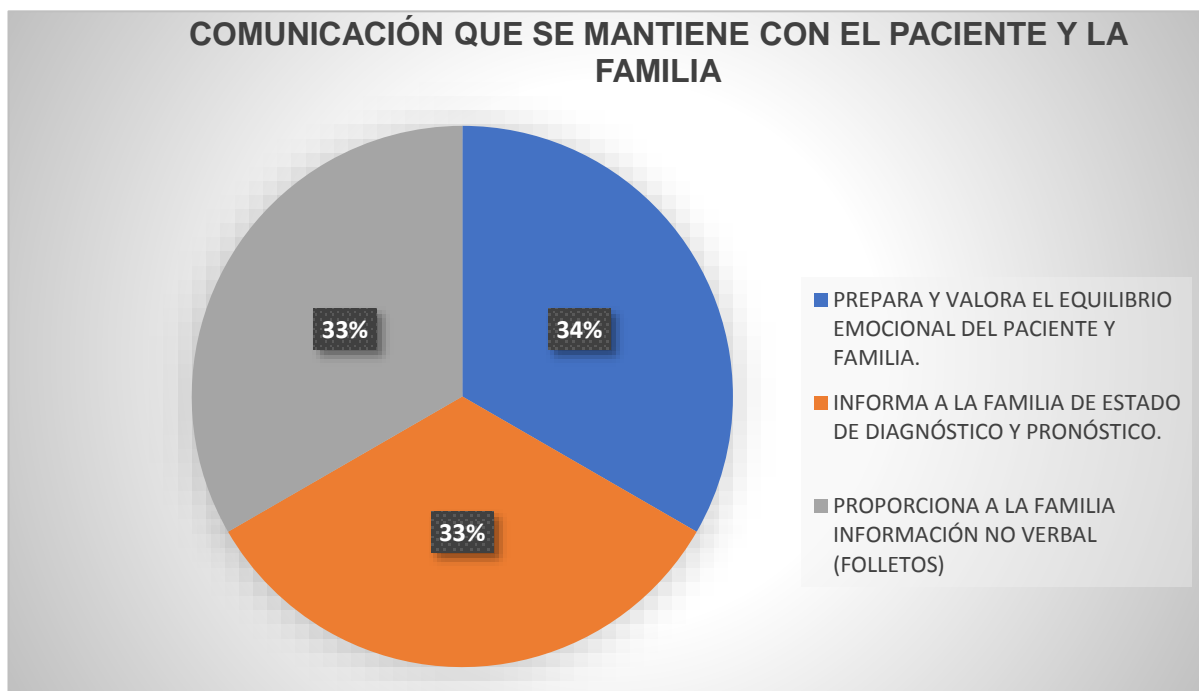


Figura 12 Comunicación que se mantiene con el paciente y la Familia

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS:

La comunicación entre el personal de enfermería, el paciente y sus familiares siempre es constante y de calidad para poder compartir información y enseñar sobre los cuidados que debe tener el paciente.

GRÁFICO No. 13

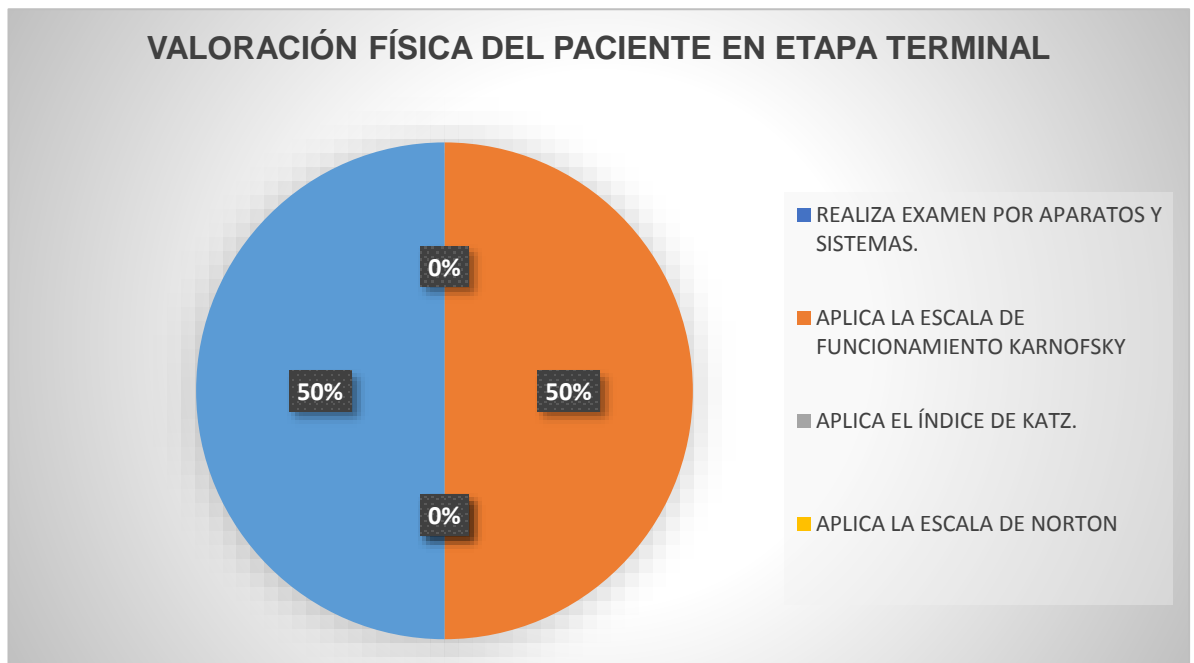


Figura 13 Valoración física del Paciente en etapa terminal

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS:

En la valoración física que el personal de enfermería realiza se aplica la escala de funcionamiento de KARNOFSKY y la valoración por patrones funcionales de salud de GORDON. El personal no realiza la valoración por aparatos y sistemas, no aplican el índice de KATZ y, la escala de NORTON.

GRÁFICO No. 14

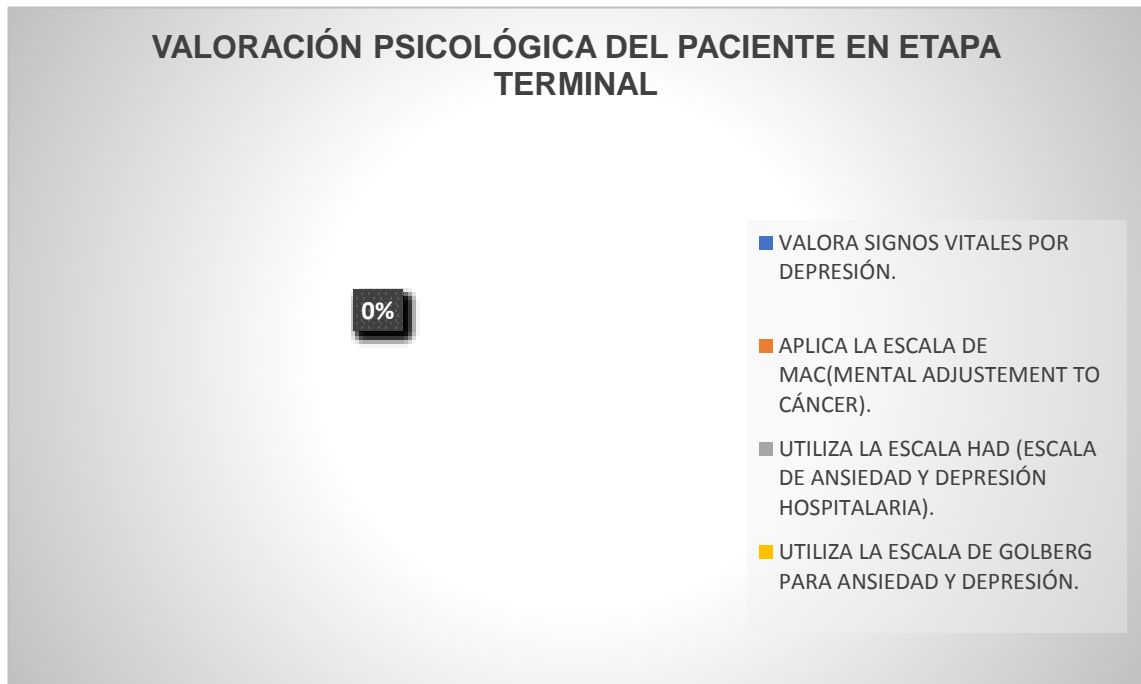


Figura 14 Valoración Psicológica del Paciente en Etapa terminal

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS:

Esta actividad es realizada por el Psicólogo o la Psicóloga del área. Una evaluación psicológica es un proceso de recogida de información dirigida por un psicólogo especializado, por medio de diferentes técnicas y herramientas, esta valoración es muy importante en un paciente en estado terminal ya que el psicólogo le proporciona ayuda en el proceso de preparación para que tenga una buena muerte. Lo que corresponde a las Licenciadas es la reafirmación de algunas recomendaciones y el cumplimiento de otras indicaciones.

GRÁFICO No. 15



Figura 15 Valoración Socio Familiar

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS:

Otra de las actividades que no están a cargo de las Licenciadas en Enfermería. La valoración socio-familia permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria, esta valoración la realiza la trabajadora social.

GRÁFICO No. 16

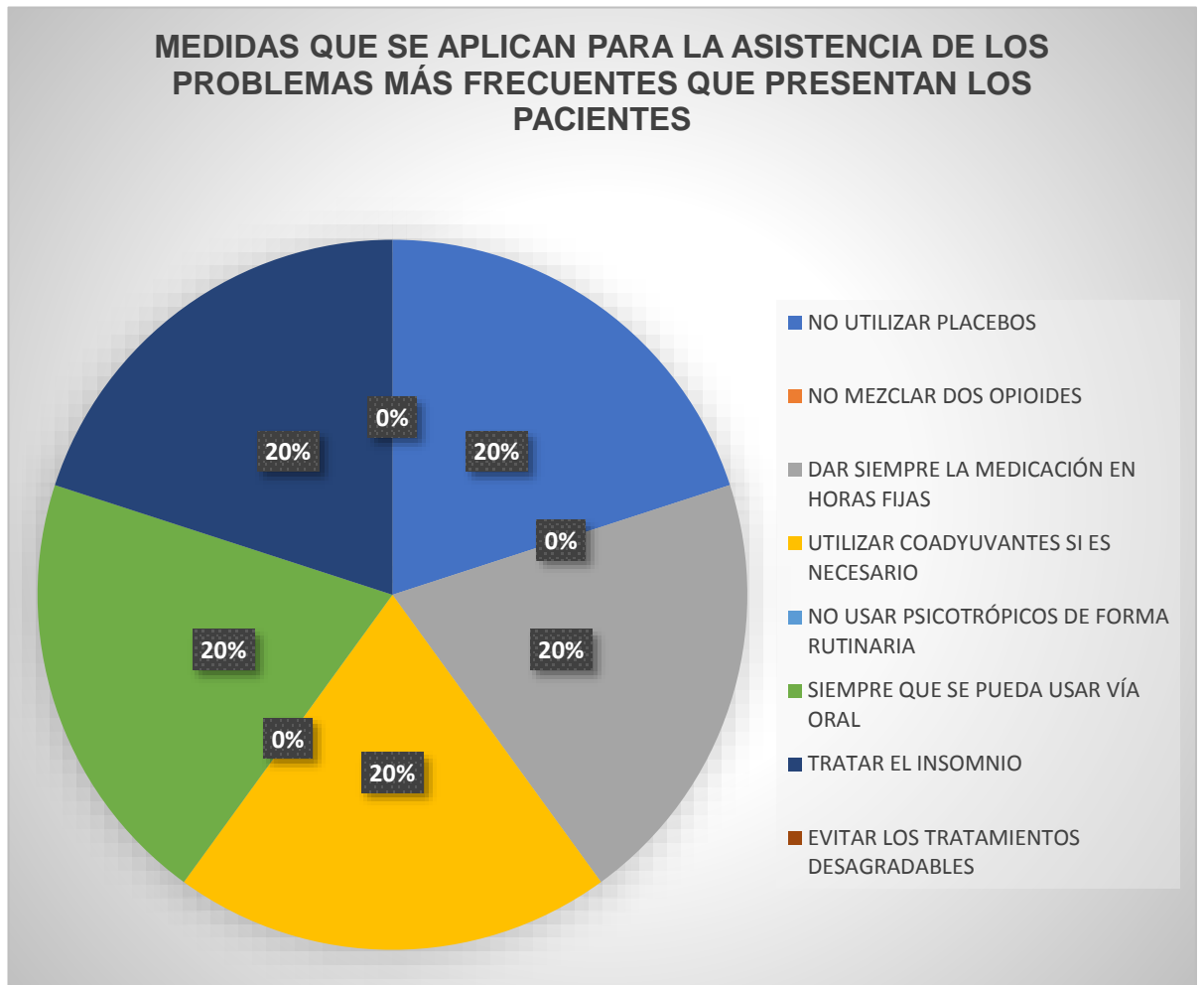


Figura 16 Medidas que se aplican para la asistencia de los problemas más frecuentes que presentan los pacientes

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

Entre las medidas que se aplican para tratar los problemas más frecuentes de los pacientes están: tratar el insomnio, la sequedad en de la mucosa oral, utilizar coadyuvantes, administrar medicación y nunca utilizar placebos, estas actividades cumplidas en su totalidad por la Licenciadas en Enfermería.

GRÁFICO No.17

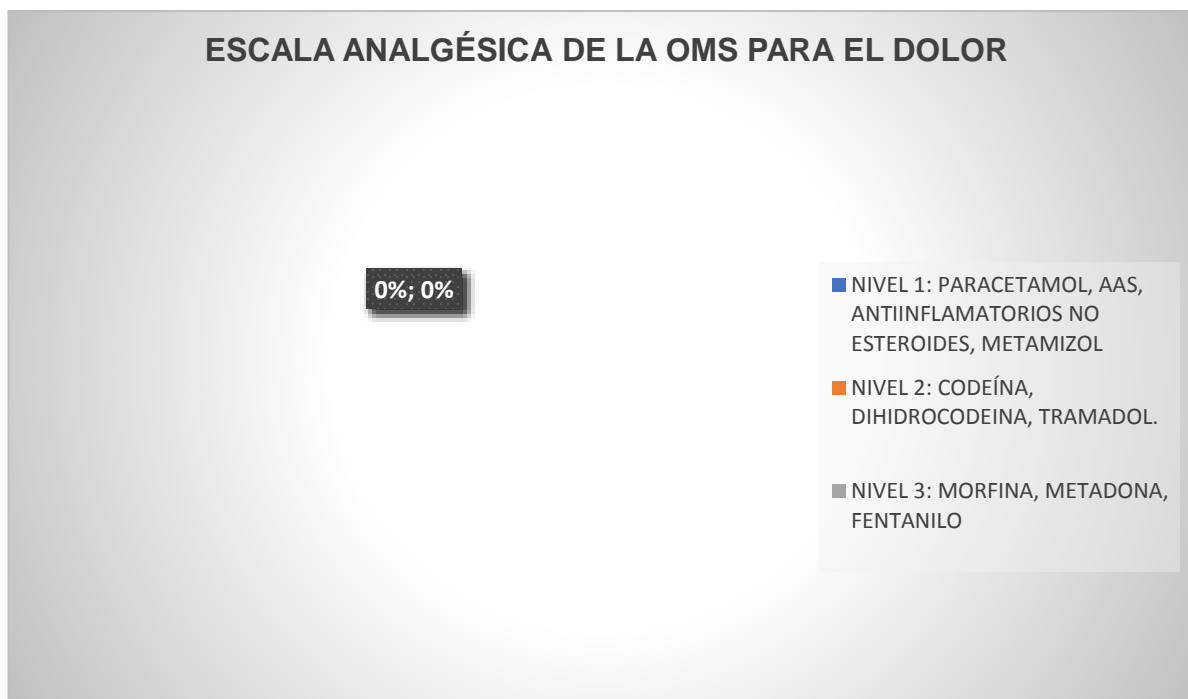


Figura 17 Escala analgésica de la OMS para el dolor

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

La escala analgésica del dolor es un método secuencial farmacológico que utiliza un pequeño número de medicamentos con eficacia ampliamente demostrada y seguridad probada. Esta escala consta de tres pasos, en primer lugar, están los analgésicos no opioides, en segundo lugar, están los medicamentos opioides débiles y en tercer lugar encontramos los opioides potentes. El personal de enfermería del área de cuidados paliativos no utiliza esta escala para administrar analgésicos a sus pacientes.

GRÁFICO No.18

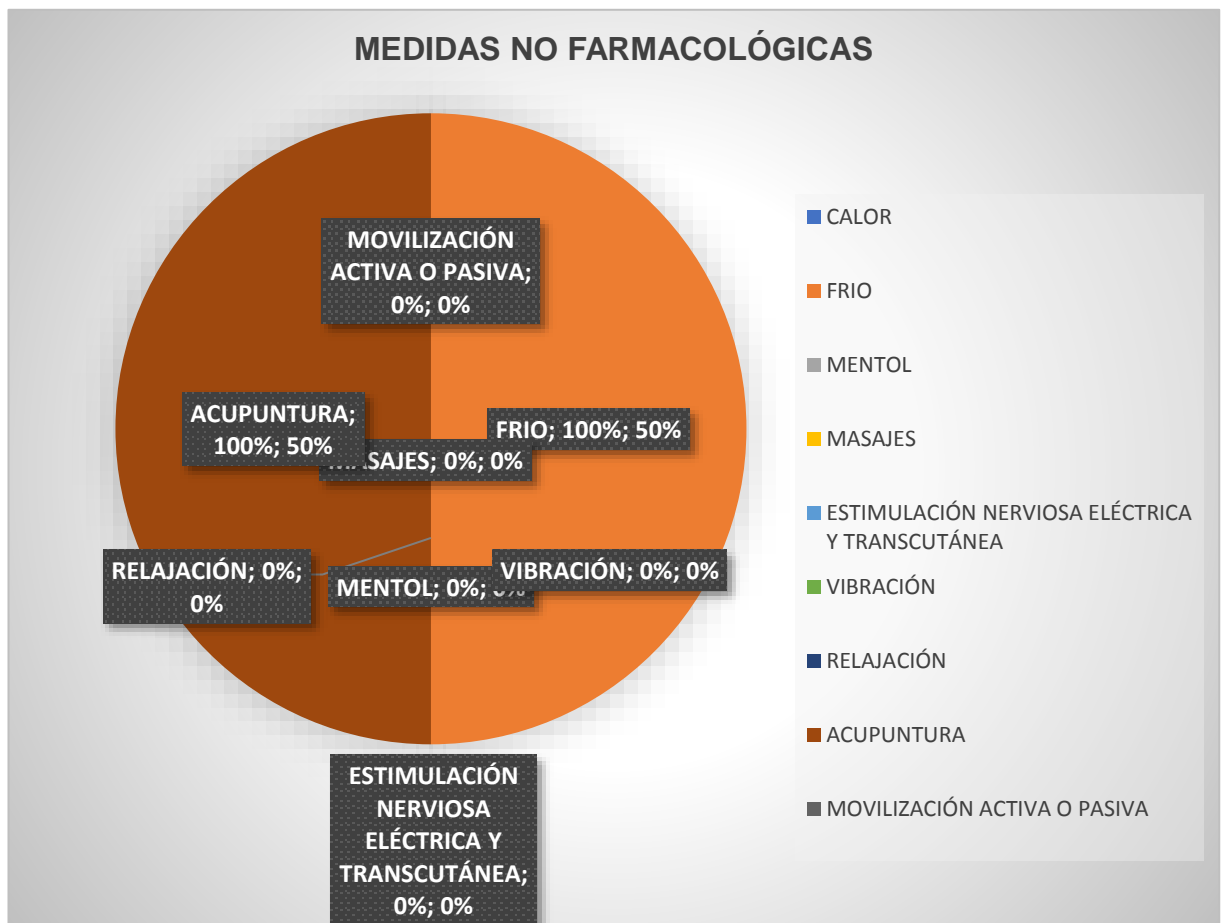


Figura 18 Medidas no Farmacológicas

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

Las medidas no farmacológicas para el tratamiento del dolor son actividades donde se utilizan medios físicos y que representen una opción para el tratamiento del dolor. Las Licenciadas en Enfermería aplican con mayor frecuencia la acupuntura. Mientras que actividades como la movilización activa o pasiva del paciente, la relajación, la vibración, la estimulación nerviosa, los masajes, el uso del mentol y la utilización del calor no la utilizan.

GRÁFICO No.19

NAUSEAS. -

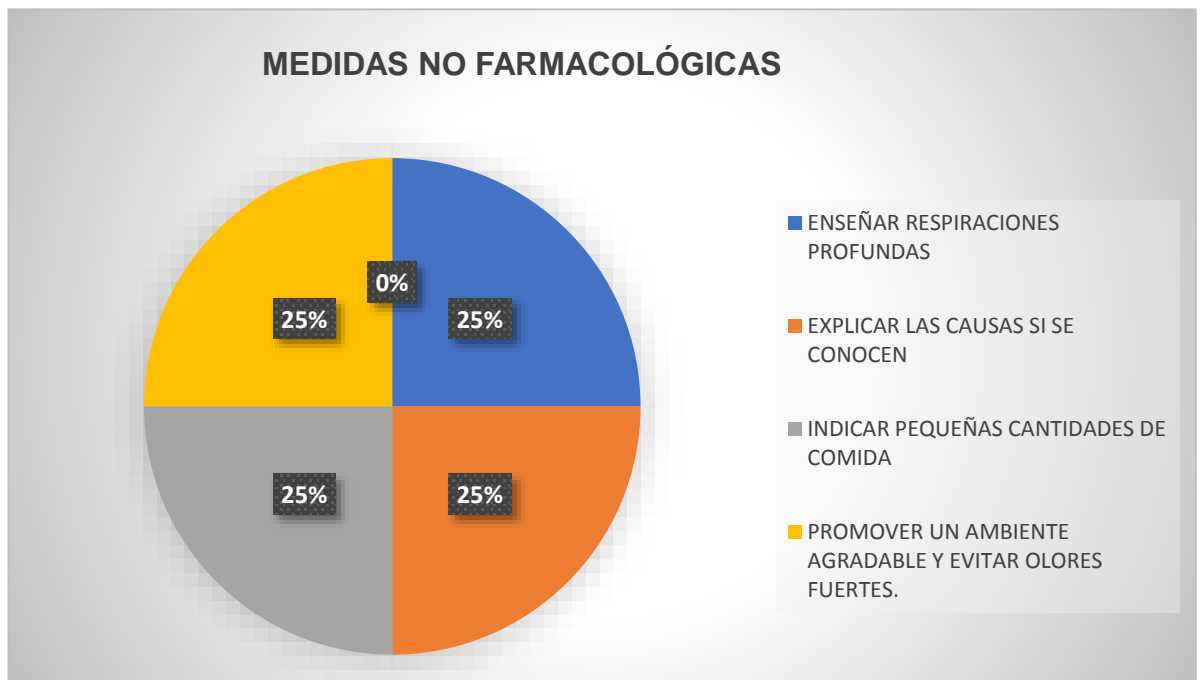


Figura 19 Nauseas

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS:

Las náuseas son una sensación que indica la proximidad del vómito y esfuerzos que acompañan a la necesidad de vomitar, entre las actividades no farmacológicas que el personal de enfermería realiza están: enseñar respiraciones profundas, explicar las causas, indicar pequeñas cantidades de comida, promover un ambiente agradable y evitar olores fuertes. Mientras que la recomendación de una posición sentada o semisentado no es aplicable.

GRÁFICO No. 20

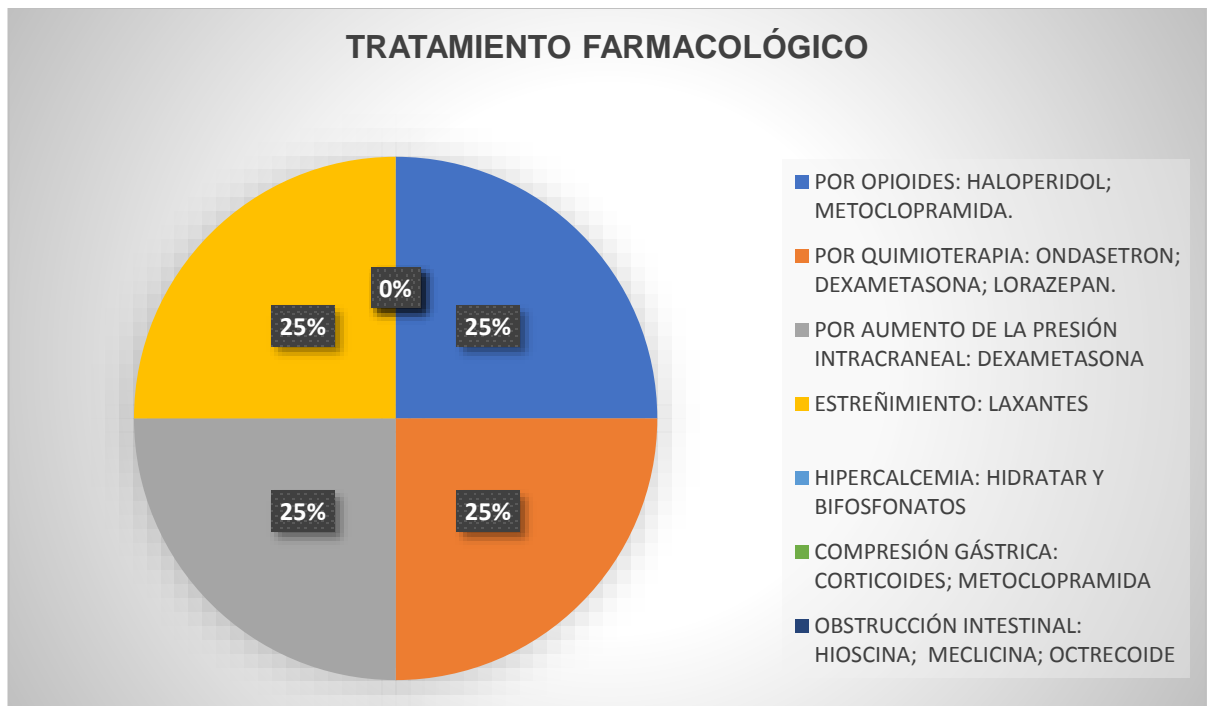


Figura 20 Tratamiento Farmacológico

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

Entre los principales tratamientos farmacológicos para controlar las náuseas están: El tratamiento por opioides (haloperidol), por quimioterapia (Ondasetron), por aumento de la presión 100%, por estreñimiento (laxantes).

GRÁFICO No. 21

ESTREÑIMIENTO. -

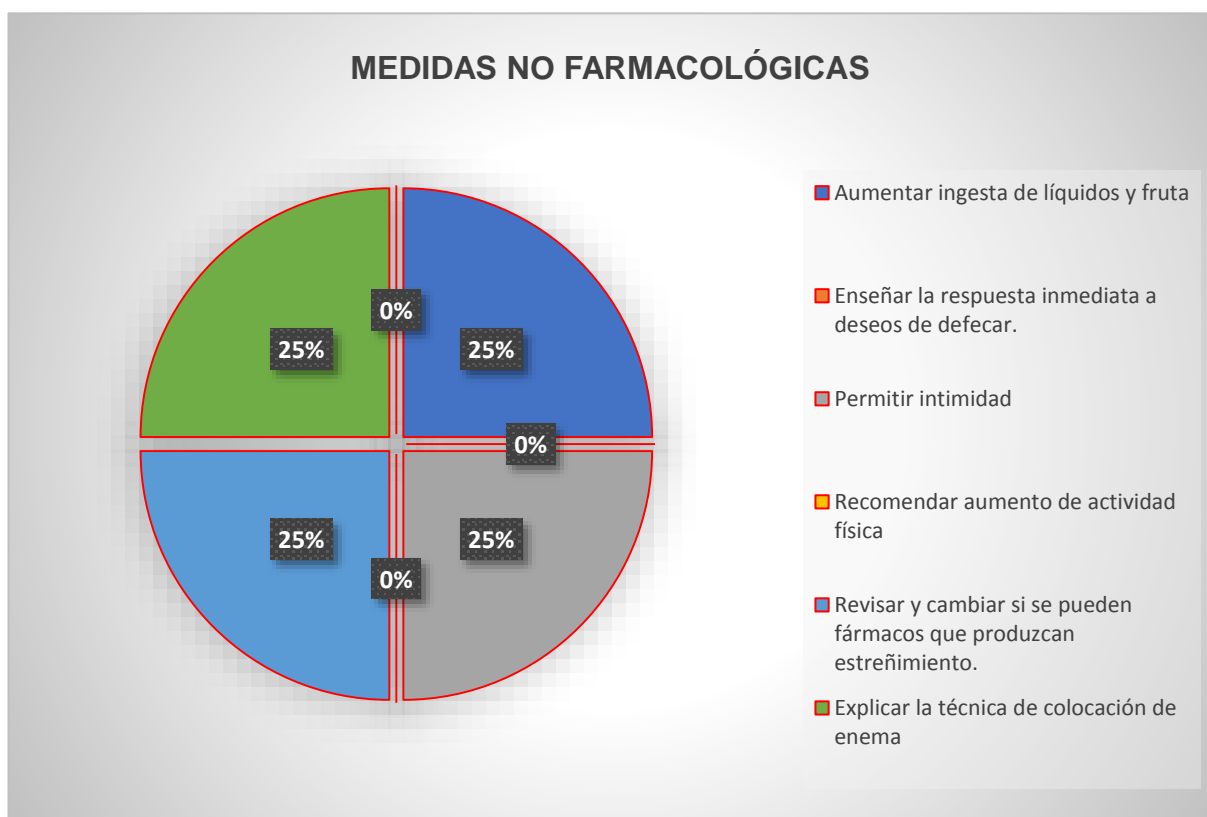


Figura 21 Medidas no Farmacológicas

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

En las medidas no farmacológicas para evitar el estreñimiento tenemos: aumentar la ingesta de líquidos y frutas, enseñar la respuesta inmediata del deseo de defecar, permitir la intimidad, recomendar aumento de la actividad física, revisar y cambiar si se pueden fármacos que produzcan estreñimiento, explicar la técnica de colocación del enema. La enseñanza de cuidados perineales está dirigida al familiar, puesto que los pacientes en esta etapa tienen un poco de dificultad para realizarlo.

GRÁFICO No. 22

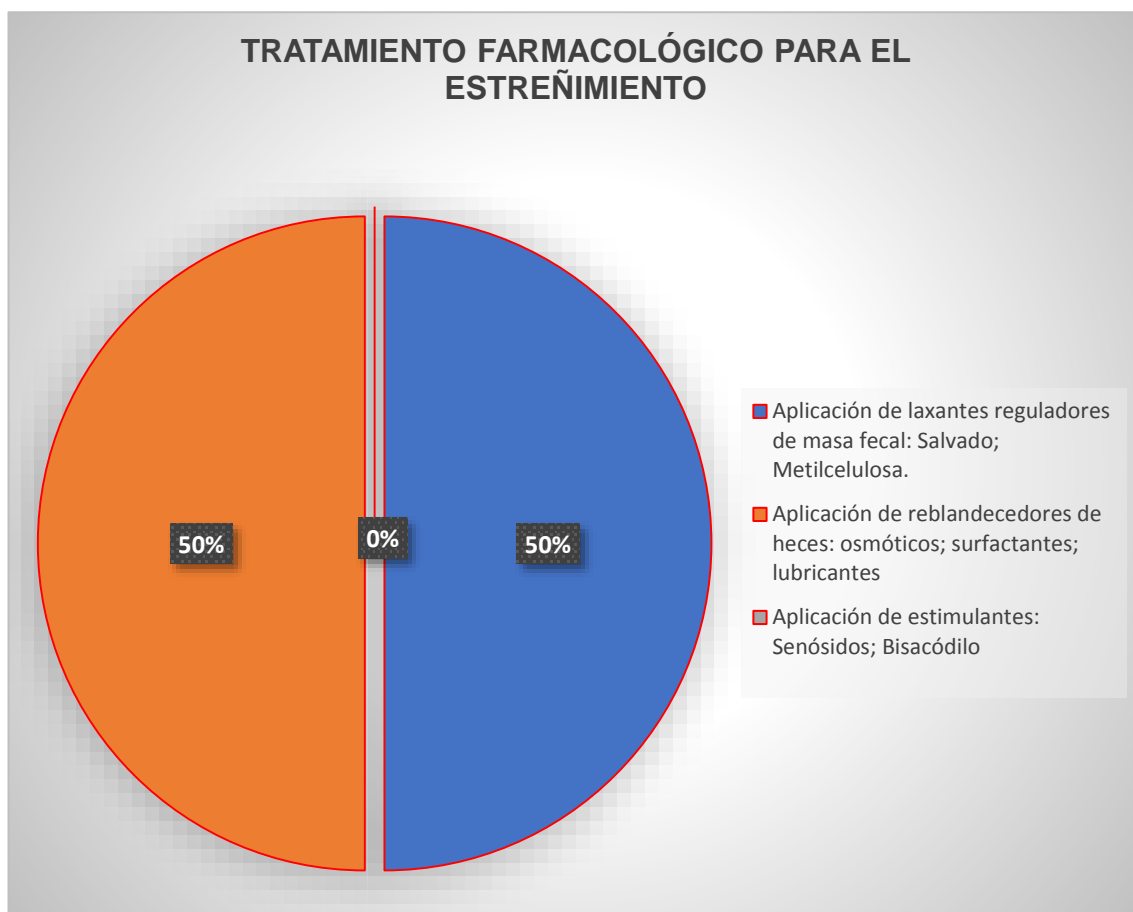


Figura 22 Tratamiento Farmacológico para el Estreñimiento

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS:

En el tratamiento farmacológico para el estreñimiento tenemos: la aplicación de reblandecedores de heces, como: osmóticos, surfactantes, y lubricantes 100%; así mismo la aplicación de laxantes reguladores de masa fecal; salvado y Metilcelulosa 100%

GRÁFICO No. 23

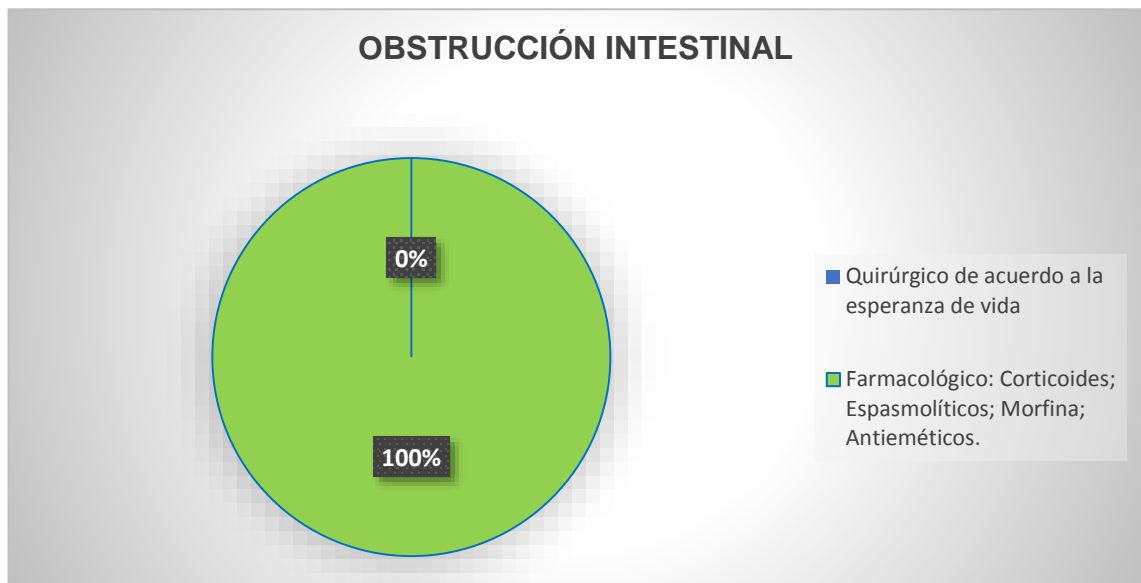


Figura 23 Obstrucción Intestinal

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS:

En el tratamiento para la obstrucción intestinal, las licenciadas de enfermería del área de cuidados paliativos utilizan el tratamiento farmacológico, debido a que en algunos tipos de cáncer como el gastrointestinal o de tipo ovárico son muy comunes el estreñimiento y una cirugía no es necesario en este tipo de pacientes; Los fármacos reducen los vómitos, náuseas, desinflan y reducen la obstrucción intestinal.

GRÁFICO No. 24

CAQUEXIA

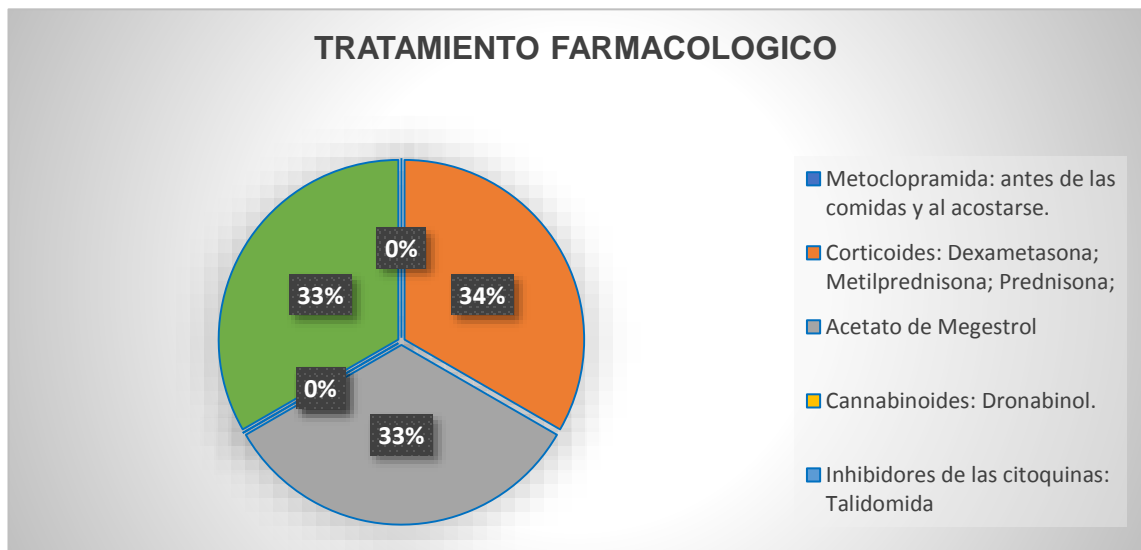


Figura 24 Tratamiento Farmacológico

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS:

En el tratamiento para la Caquexia se utilizan varias alternativas para nutrir al paciente con cáncer, ya que este fenómeno se produce en aproximadamente el 50% de los individuos con esta enfermedad. Por lo general, la reducción de peso se debe a la pérdida de músculo esquelético y tejido graso.

GRÁFICO No.25

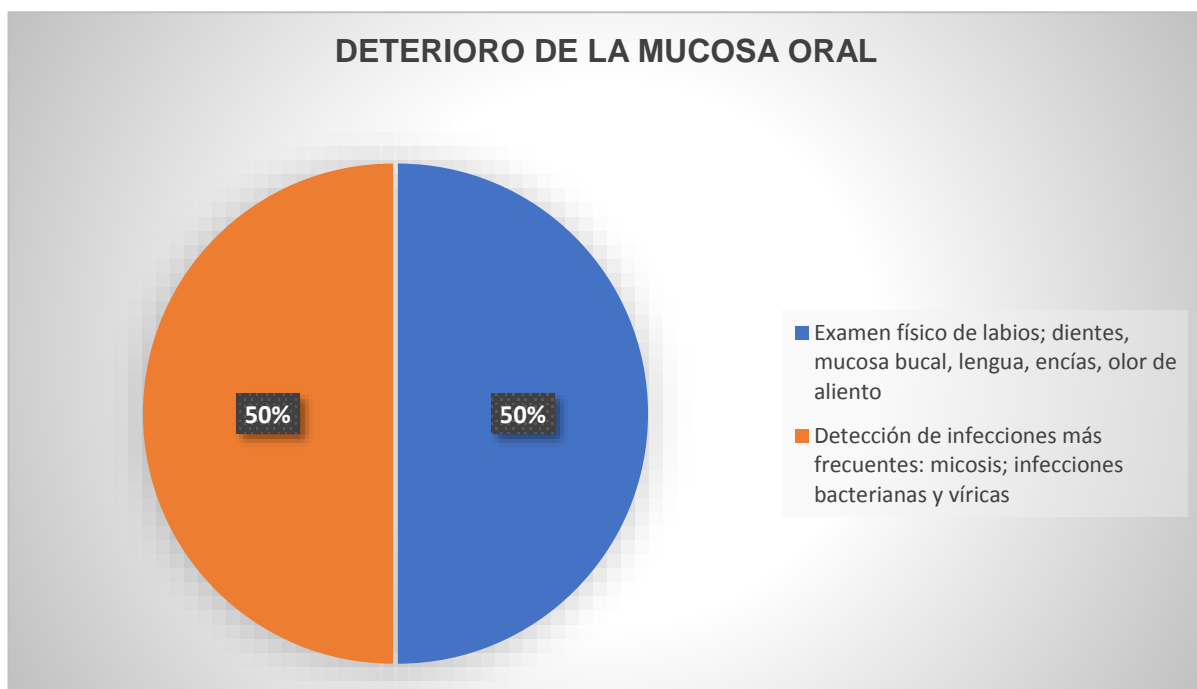


Figura 25 Deterioro de la Mucosa Oral

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis

El deterioro de la mucosa oral es una Alteración de los labios y tejidos blandos de la cavidad oral, los pacientes en etapa terminal en ocasiones presentan este problema de salud, por esto es importante hacer una buena valoración de enfermería para poder tratarlo, el personal de enfermería en el 100% de los casos realizan un examen físico de labios; dientes, labios, mucosa bucal, lengua, encías, y aliento, además también realizan la detección de infecciones frecuentes tales como; micosis, infecciones bacterianas y víricas.

GRÁFICO No. 26

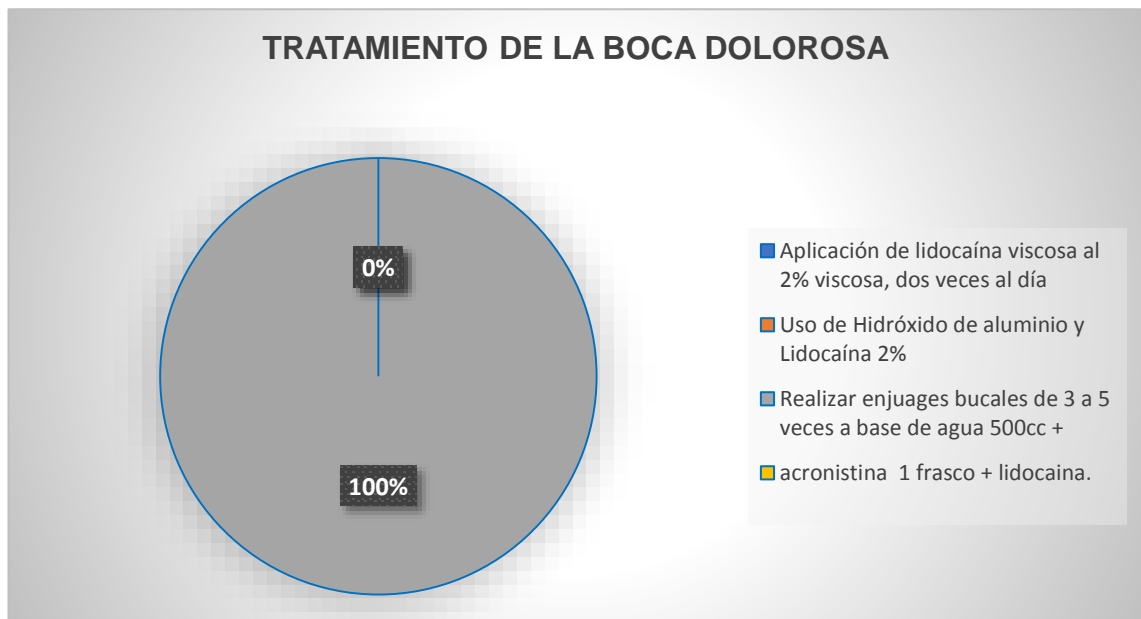


Figura 26 Tratamiento de la Boca

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis.

En el tratamiento de la boca dolorosa en 100% del personal de enfermería hace que los pacientes realicen enjuagues bucales de 3 a 5 veces a base de agua 500cc; Hidróxido de aluminio y lidocaína al 2% y la aplicación de lidocaína viscosa al 2% dos veces al día. No utilizan Acronistina.

GRÁFICO No.27

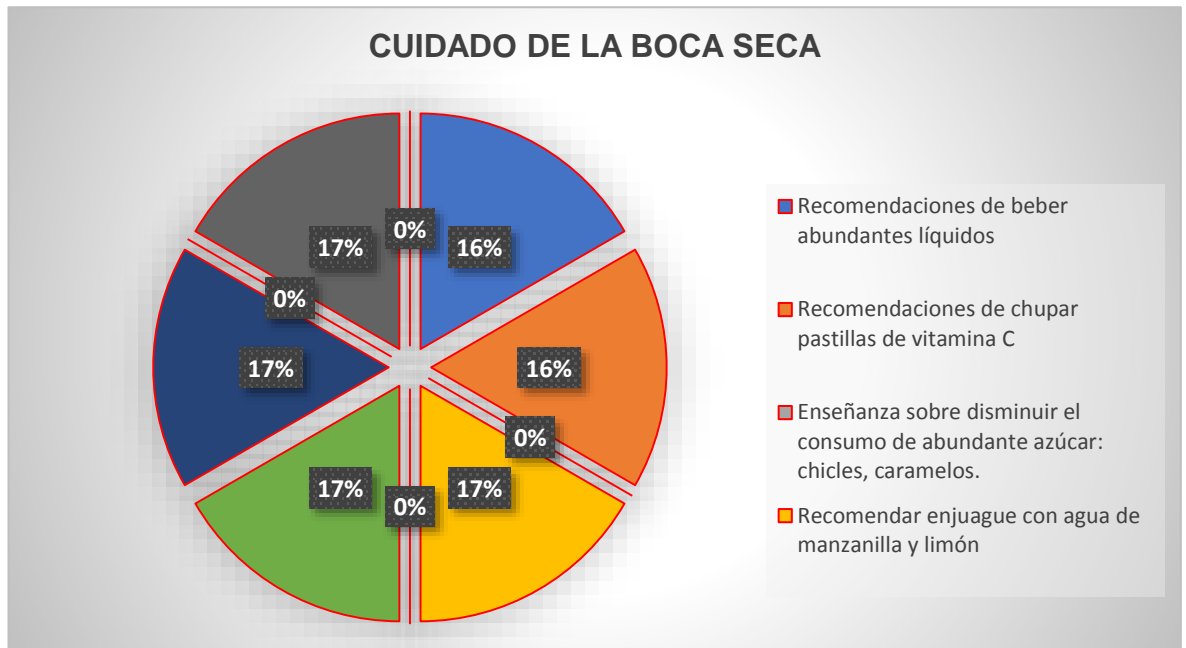


Figura 27 Cuidado de la Boca Seca

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

ANÁLISIS

En el cuidado de la boca seca las actividades de mayor frecuencia que realizan las Licenciadas en Enfermería son: recomendar las bebidas en pequeños sorbos, respiraciones por la nariz y no por la boca hidratar los labios, enjuague con agua de manzanilla y limón, chupar pastillas de vitaminas C, tomar abundante líquido.

GRÁFICO No.28

DISNEA

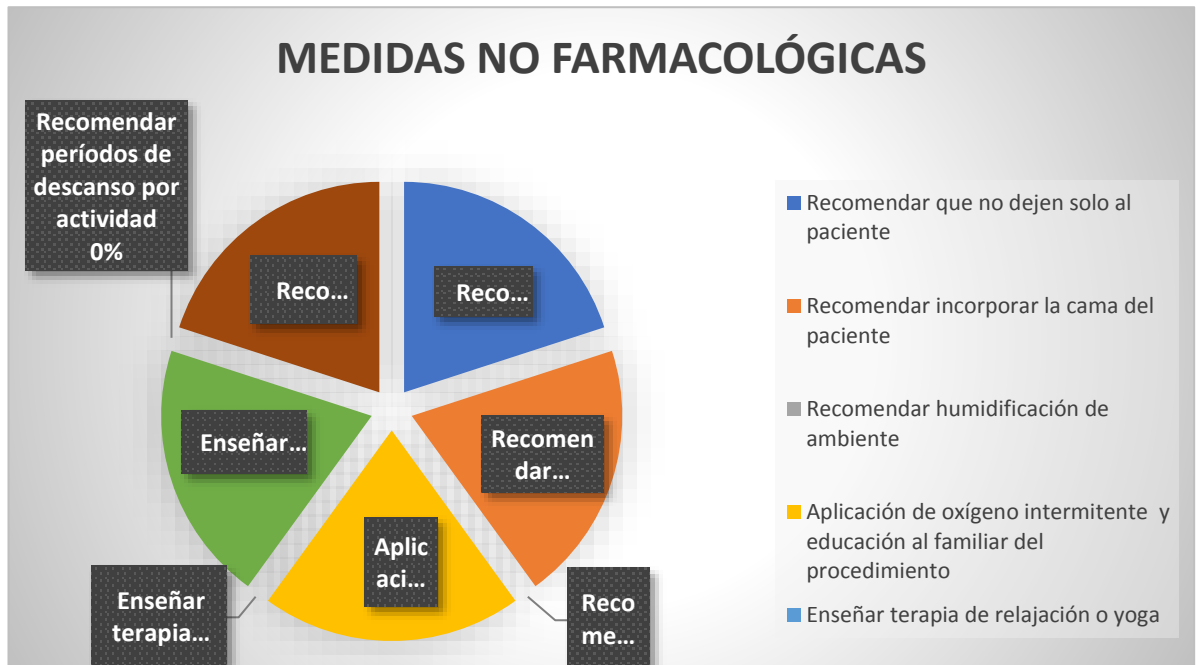


Figura 28 Medidas no Farmacológicas

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

En el cuidado de un paciente la Licenciada de enfermería suele involucrar diferentes tipos de apoyo y tareas a los familiares, en especial a la persona que más empatía tiene con el paciente pues algunas tareas resultan ser abrumadoras, entre ellas esta no dejar solo al paciente y enseñar ejercicios de respiración.

GRÁFICO No.29

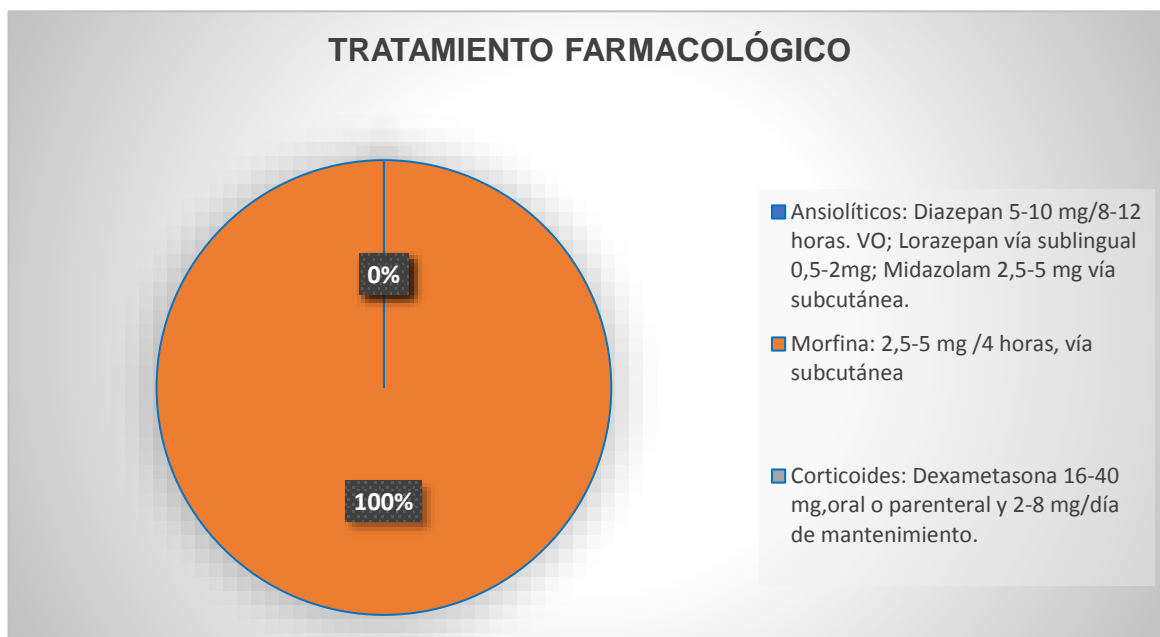


Figura 29 Tratamiento Farmacológico

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

En el tratamiento farmacológico para el tratamiento de la disnea tenemos con el 100% el uso de la morfina; 2,5 – 5 mg /4 horas, vía subcutánea, mientras que con el 0% tenemos el uso de los ansiolíticos, corticoides y Atropinicos.

GRÁFICO No.30

DETERIORO DEL PATRON SUEÑO

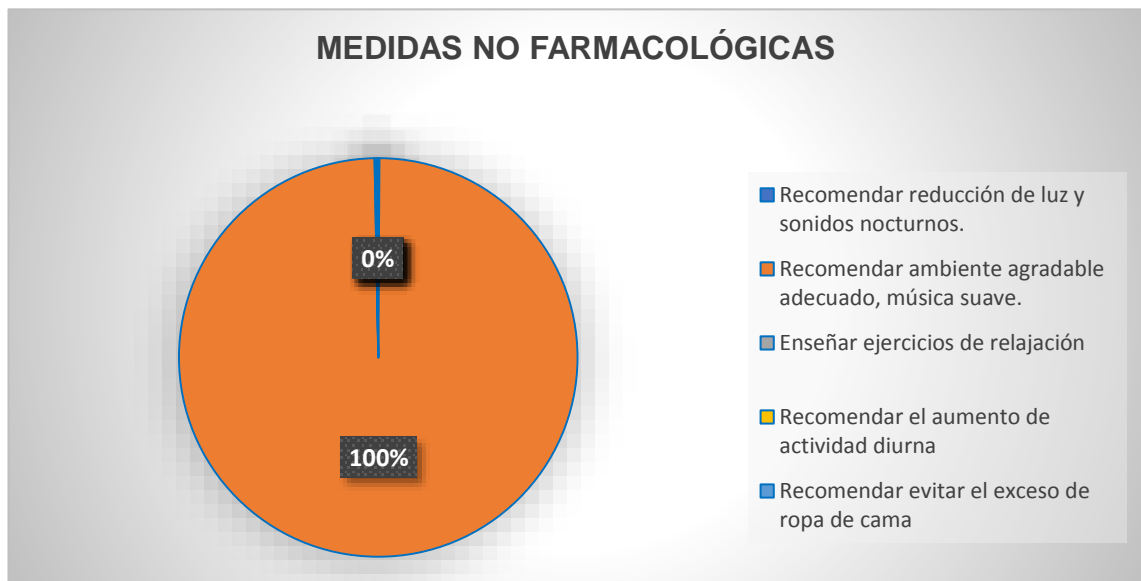


Figura 30 Tratamiento no Farmacológicas

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

Entre las medidas no farmacológicas para tratar el deterioro del patrón sueño con el 100% tenemos que recomendar ambiente agradable adecuado, música suave, mientras que recomendar reducción de luz y sonidos nocturnos, enseñar ejercicios de relajación, recomendar el exceso de ropa de cama con el 0%.

GRÁFICO No.31

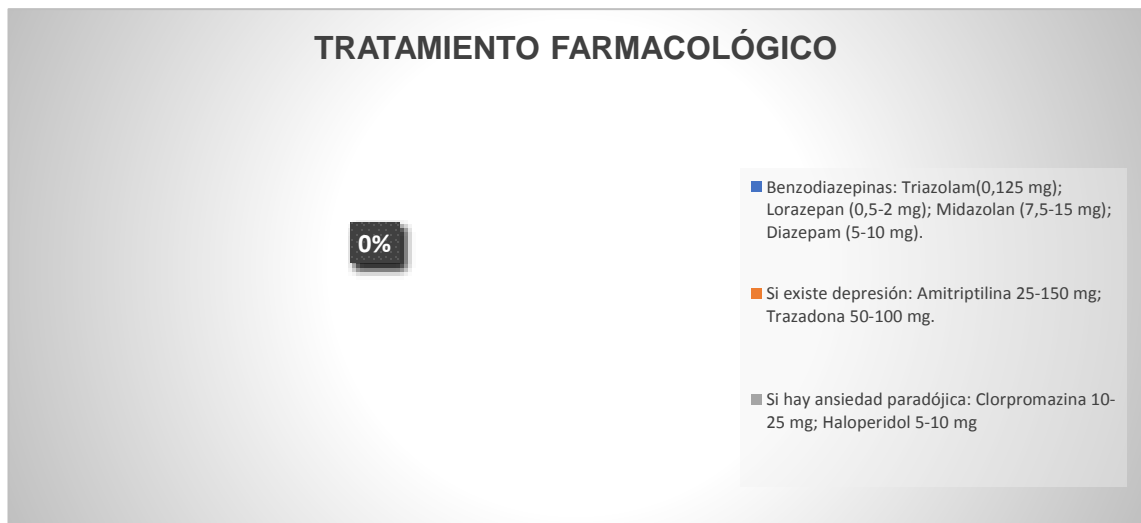


Figura 31 Tratamiento Farmacológico

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

El personal de enfermería no prescribe tratamiento farmacológico para el deterioro del patrón sueño

GRÁFICO No.32

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

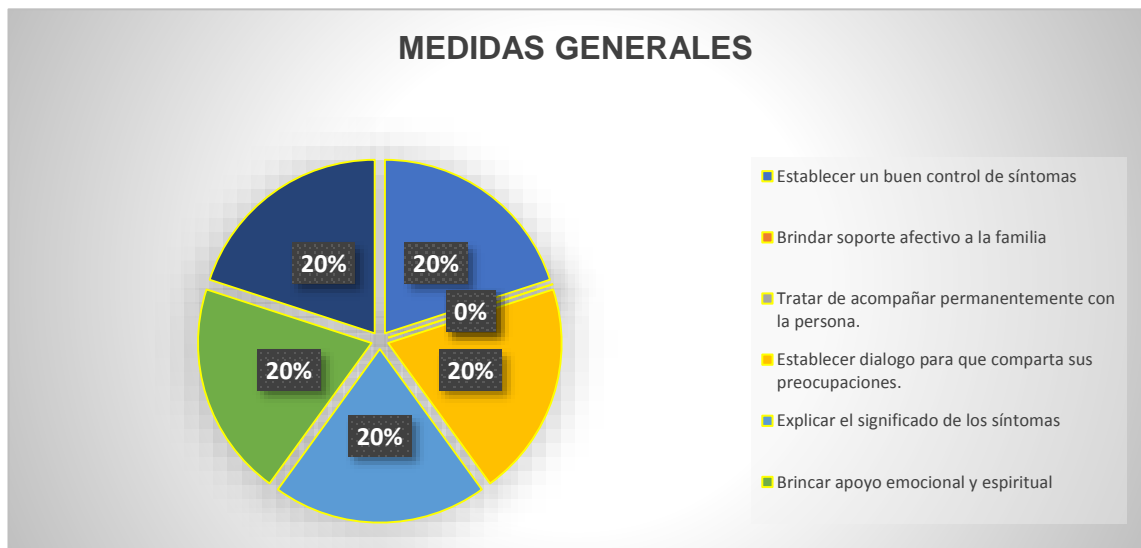


Figura 32 Medidas Generales

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

La ansiedad ante la muerte es un sentimiento recurrente en los pacientes terminales ya que el miedo a morir hace que expresen una serie de sentimientos internos que los hace susceptible y vulnerables a tomar decisiones, el personal de enfermería tiene que brindar apoyo emocional a estas personas y entre las medidas generales que ellos toman para disminuir el nivel de ansiedad tenemos: con el 20% establecer un buen control de los síntomas, otra actividad también con el 20% de la frecuencia es establecer diálogos para que se comparta sus preocupaciones, también, explicar el significado de los síntomas representa el 20% de las actividades que el personal de enfermería realiza, y brindar apoyo emocional y espiritual también representa el 20% de las actividades.

GRÁFICO No.33

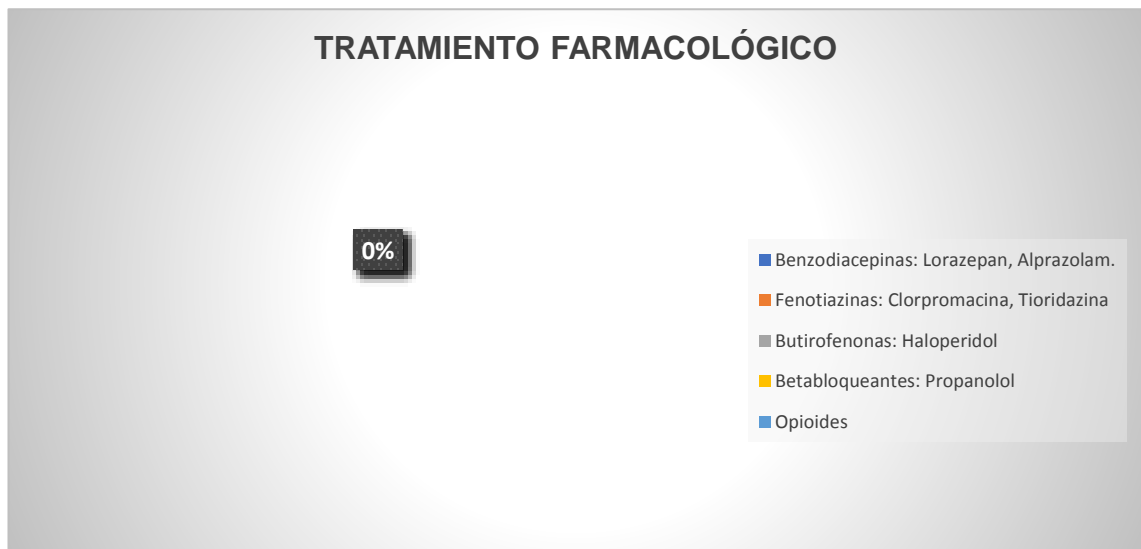


Figura 33 Tratamiento Farmacológico

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

En el tratamiento farmacológico para la ansiedad ante la muerte el personal de enfermería no prescribe medicación ya que esta es una actividad propia del personal psiquiátrico.

GRÁFICO No.34

DEPRESIÓN

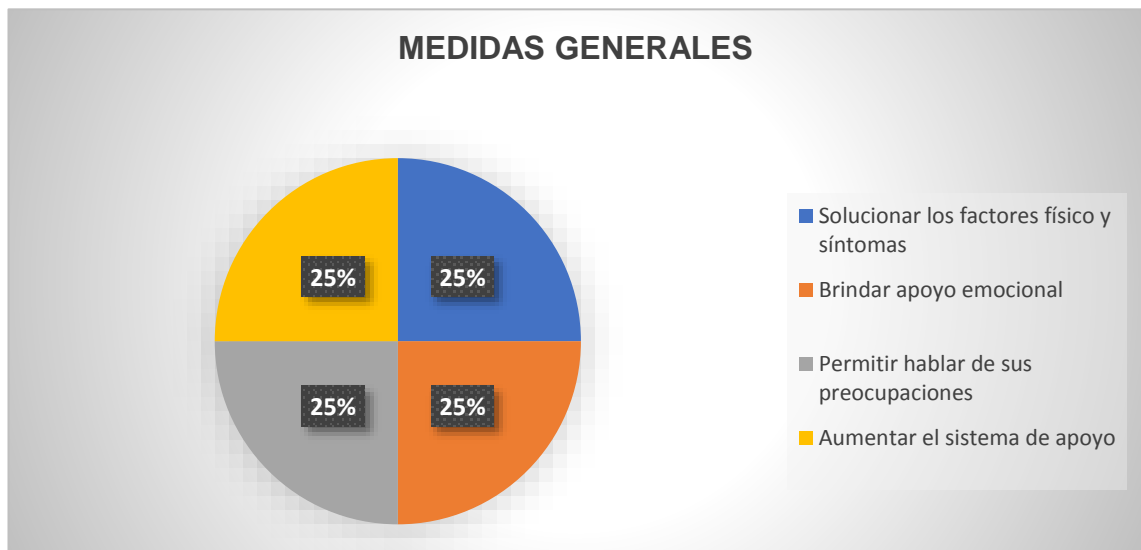


Figura 34 Medidas Generales

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

La depresión clínica, es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. La depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades. Entre las medidas generales que el personal de enfermería realiza encontramos con el 25% solucionar los factores físicos y los síntomas, con el 25% brindar apoyo emocional, con el 25% permitir hablar de sus preocupaciones y con el 25% aumentar los sistemas de apoyo.

GRÁFICO No.35

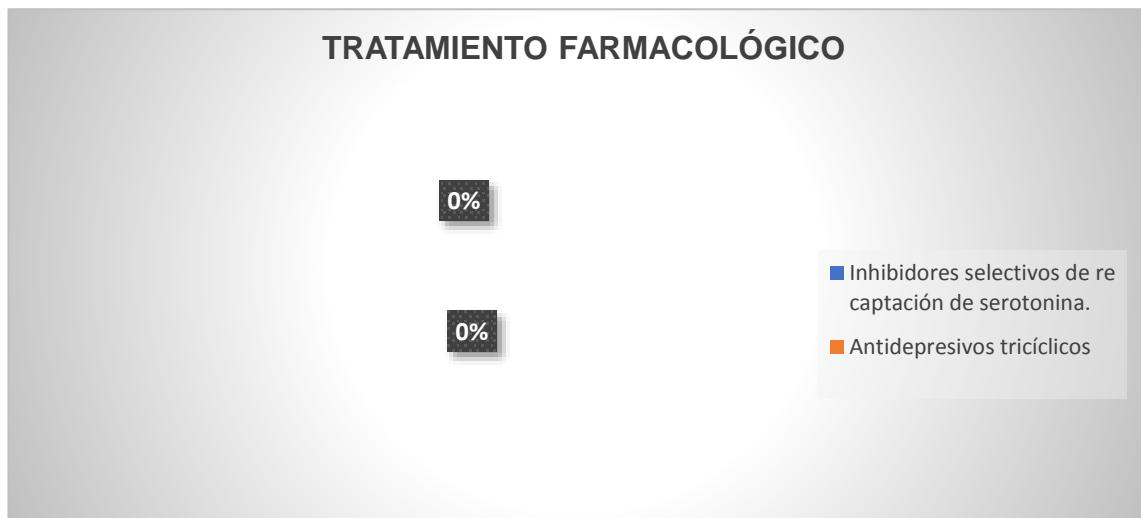


Figura 35 Tratamiento Farmacológico

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis.

En el tratamiento farmacológico para la depresión el personal de enfermería no prescribe medicación ya que esta es una actividad propia del personal psiquiátrico.

GRÁFICO No.36

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

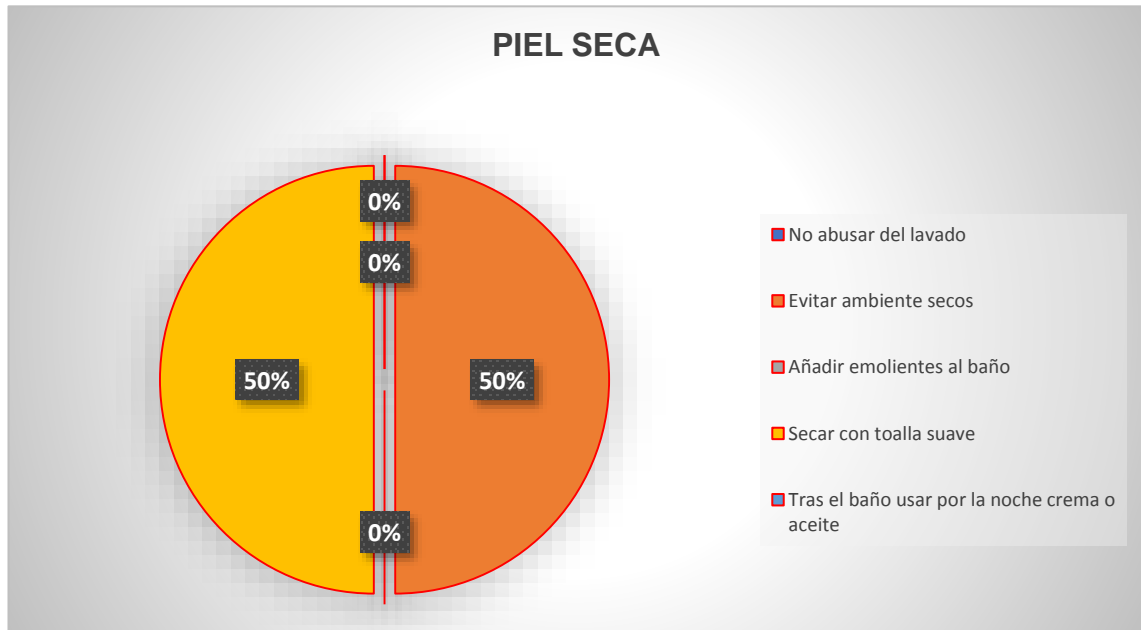


Figura 36 Piel Seca

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis

Entre las actividades generales para el tratamiento del deterioro de la integridad de la piel tenemos: no abusar del lavado con el 0%, con el 50% evitar ambientes secos, con el 0% añadir emoliente al baño, secar con toalla suave 50%, y tras el baño por la noche usar crema o aceite con el 0%.

GRÁFICO No.37

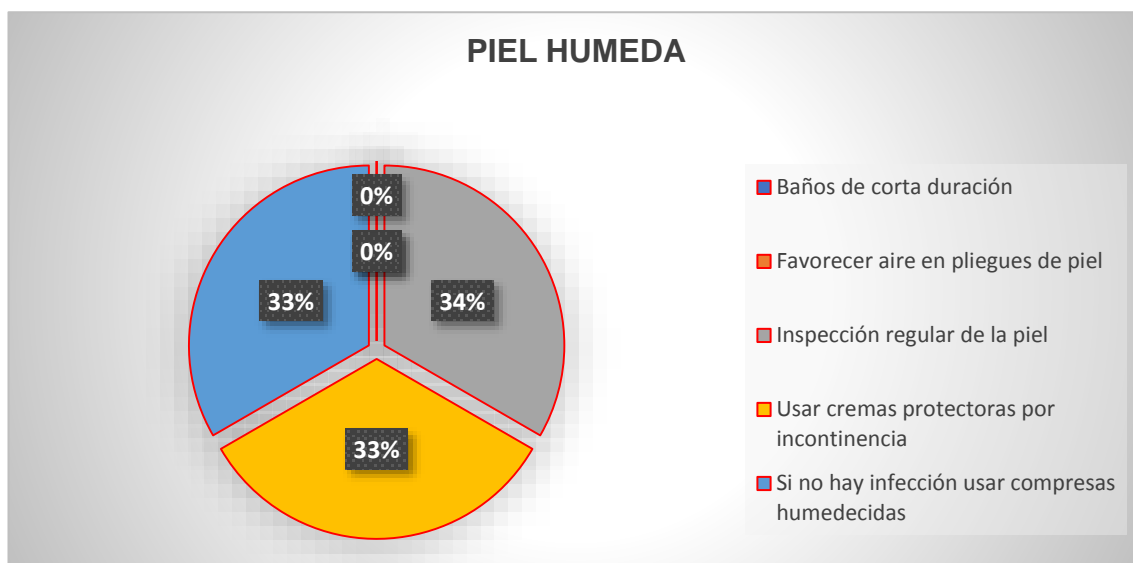


Figura 37 Piel Humedad

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

Entre las actividades generales para tratar la piel húmeda tenemos con el 34% la inspección general de la piel, con el 33% usar cremas protectoras por incontinencia, con el 33% usar compresas si no hay infección.

GRÁFICO No.38

PRURITO

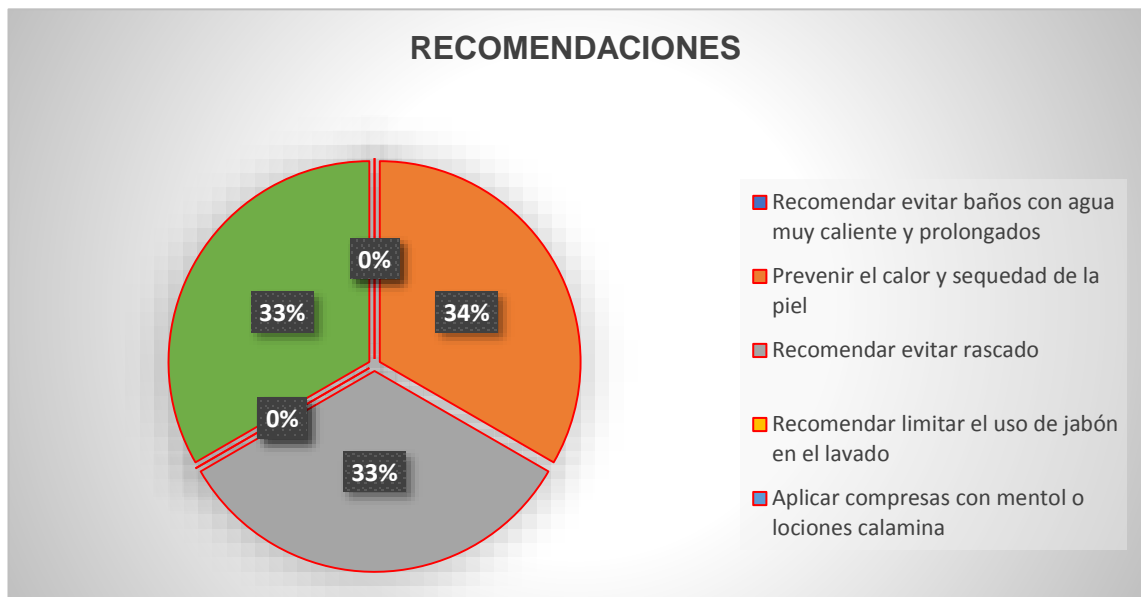


Figura 38 Recomendaciones

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

El prurito es un hormigueo peculiar o irritación incómoda de la piel que conlleva un deseo de rascar la parte en cuestión. Entre las recomendaciones generales que el personal de enfermería hace a los pacientes tenemos: prevenir el calor y la sequedad de la piel con el 34%, recomendar evitar rascado el 33% de los casos, usar formulas preparadas el 33% de los casos, mientras que recomendar evitar el baño con agua muy caliente y recomendar limitar el uso de jabón de lavado con el 0%.

GRÁFICO No.39

ÚLCERAS POR DECÚBITO

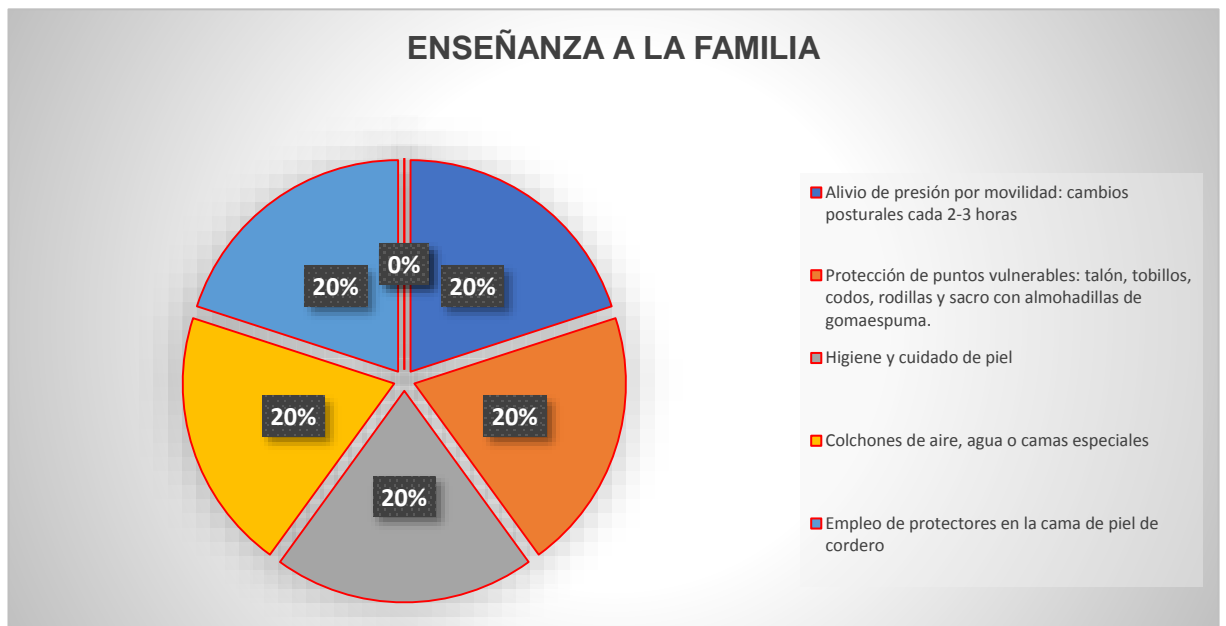


Figura 39 Úlceras por Decúbito

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

Las úlceras por decúbito son lesiones de la piel y del tejido que se encuentra debajo, que se producen como resultado de una presión prolongada sobre la piel. En la mayoría de los casos, las úlceras de decúbito se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo, como los talones, los tobillos, las caderas y el coxis. Entre las actividades que el personal de enfermería realiza tenemos: alivio de presión por movilidad por movilidad cambios posturales cada 2 a 3 horas con el 20% de los casos, también con el 20% de los casos tenemos la protección de puntos vulnerables; talón, tobillos, codos, rodillas, y sacro con almohadillas de gomaespuma, también con el 20% la higiene y cuidado de piel, otra actividad es el uso de colchones de aire, agua o camas especiales,, el empleo de protectores en la cama de piel de cordero con el 20%.

GRÁFICO No.40

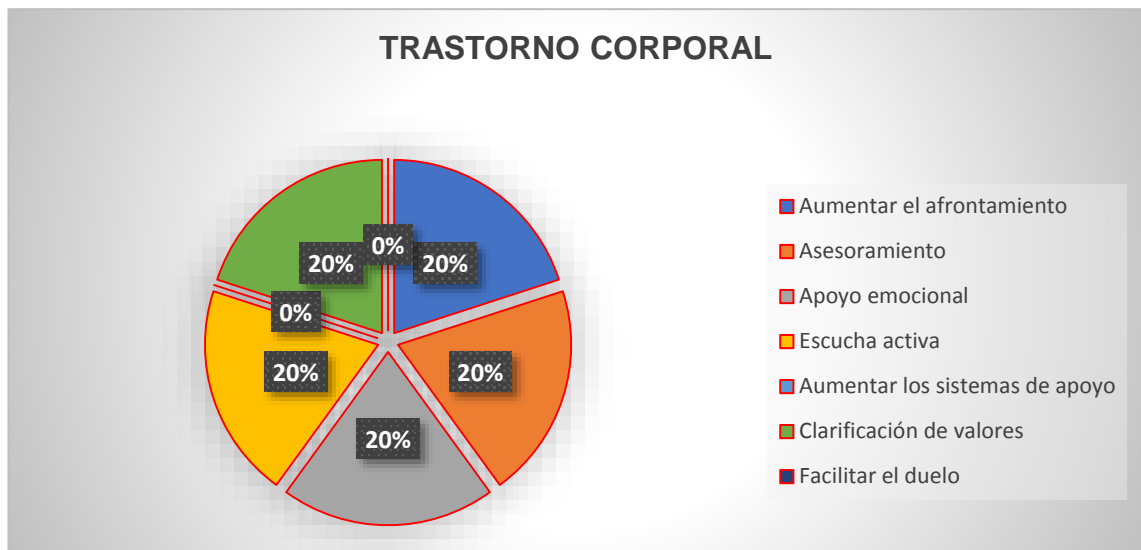


Figura 40 Trastorno Corporal

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

Los pacientes oncológicos terminales se ven disminuidos en la imagen corporal ya que como saben que pronto van a morir se descuidan en su aspecto físico. Entre las actividades que el personal de enfermería debe realizar tenemos: aumentar el afrontamiento con el 20% de los casos, el asesoramiento con el 20%, darles apoyo emocional con el 20%, mantener una escucha activa con el 20% aumentar los sistemas de apoyo con el 0%, la clarificación de valores con el 20%.

GRÁFICO No.41



Figura 41 Atención a la Familia

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis:

Dentro de las actividades que se puede cumplir durante el proceso de la enfermedad del paciente en etapa terminal encontramos con el 100% satisfacer las necesidades de información, mejorar su comunicación, ofrecer seguridad, facilitar la participación en el cuidado, enseñarle a atender al familiar, darle apoyo emocional, reducir sus temores, facilitar la toma de decisiones.

GRÁFICO No.42

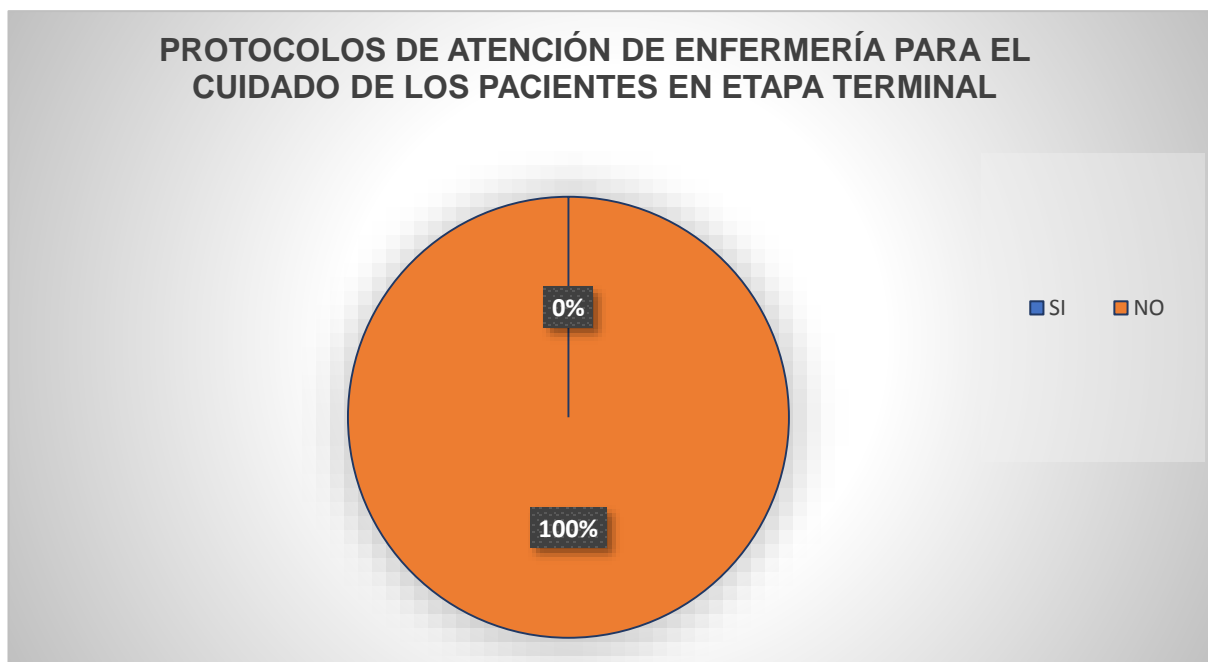


Figura 42 Protocolo de Atención de Enfermería

Fuente: Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanga Marengo

Autoras: Paola Moreira Y Ana Salgado

Análisis

En el área de cuidados paliativos de pacientes oncológicos terminales no existen protocolos de atención de enfermería para los pacientes oncológicos.

DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año unos 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos, pero tan solo el 14% los recibe. Los cuidados paliativos se brindan a pacientes oncológicos, pero también a quienes padecen enfermedades como la insuficiencia renal, afecciones hepáticas crónicas, neurológicas y artritis reumatoides enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares, VIH y la diabetes”,

Las actitudes y competencias para promover los cuidados paliativos son diversas en cuanto a la colaboración con otros profesionales de la salud pues necesitan enseñar, orientar y dar la pauta para enfrentar conflictos, desafíos, comunicación inadecuada y problemas relativos en el paciente y su entorno familiar. En cuanto a los cuidados paliativos domiciliarios, se debe considerar el conocimiento, las habilidades, el comportamiento y la calidad de relacionamiento de las enfermeras con los pacientes y su entorno familiar, ser imparciales en las relaciones clínicas ya que morir con dignidad es el resultado de vivir con dignidad dando por hecho que toda persona tiene derecho a una vida digna. Este aspecto está relacionado con los resultados del estudio puesto que se demuestra que el papel de enfermería es activo y proactivo.

La atención integral de salud contempla los aspectos personales, psicológicos, sociales, familiares y de la comunidad, las etapas de una enfermedad terminal son consecuentes no solo para los pacientes sino para la familia, por lo que debe existir un equilibrio en el entorno personal y familiar. El conocimiento, las capacidades, capacitación y experiencia en el campo de los cuidados paliativos son muy importantes. En estudios realizados se contempla la participación de Enfermería, como base de equilibrio, estándar que se ve reflejado con los resultados obtenidos de la investigación.

En otros estudios, se ve reflejado también la sobrecarga emocional, física y psicológica de enfermería que, parte de la preparación académica y las continuas capacitaciones que son el soporte para brindar una atención de

calidad, estos aspectos permiten obtener capacidades y habilidades para el soporte del cuidado a pacientes en etapa terminal, este aspecto ha coincidido con los resultados del estudio, puesto que en el área de estudio solo se cuenta con tres profesionales en Enfermería, esta cantidad de personal, incluso influye para mantener un mejor control y monitoreo en este tipo de pacientes, puesto que la compleja atención en la consulta externa, la demanda de paciente y la falta de recursos se transforman en barreras para atender a una mayor cobertura de pacientes, sobre todo en las visitas domiciliarias.

Los resultados de la investigación evidenciaron una sobrecarga laboral, pues la unidad de cuidados paliativos no cuenta con personal suficiente para dar tratamiento a todos los pacientes con cáncer terminal, representando obstáculos en la realización de curaciones, pues las condiciones crónicas de la salud exigen acompañamiento y revaloraciones constantes, considerando que a nivel de Guayaquil el área objeto de estudio es la única que cuenta con este servicio.

CONCLUSIONES

La población de estudio estuvo conformada por 3 Licenciadas en Enfermería, con las siguientes características: han adquirido estudios de cuarto nivel clasificado entre Especialista en Enfermería Oncológica y Maestría en Gerencia en Servicios de Salud. Cumplen actividades conjuntas: administrativas y de cuidado directo. Permanecen capacitadas constantemente por SOLCA apoyadas por Laboratorios de insumos médicos y equipos, así como también de productos farmacológicos autorizados. Laboran una jornada matutina de 6 horas de lunes a viernes y tienen más de 18 meses laborando en el área, lo que es una gran ventaja para la atención integral de los pacientes oncológicos en etapa terminal.

En relación con el conocimiento, las Licenciadas en Enfermería tienen un conocimiento total sobre las actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal, producto de una constante preparación científica, como de capacitación y entrenamiento para poder brindar una atención integral tanto al paciente como a la familia.

Se establecieron el cumplimiento de actividades específicas asociadas a diferentes necesidades de los pacientes oncológicos en etapa terminal, así tenemos: mantienen una comunicación permanente con el paciente y la familia a medida que se presentan los cambios fisiológicos y personales; realizan una valoración de enfermería basada en necesidades básicas; realizan actividades específicas en la atención de problemas más frecuentes, uno de ellos la paliación de manifestaciones mediante la acupuntura; colaboran en el cumplimiento de recomendaciones para afrontar la ansiedad ante la muerte; educan y enseñan medidas para conservar la integridad de la piel del paciente, no solo al paciente sino al familiar o cuidador primario; acompañan a los familiares de cierta manera durante el sufrimiento espiritual. Cabe destacar que una vez fallecido el paciente, la atención a la familia es menor proporción.

Cumplen protocolos estandarizados basados en la organización general del área de Cuidados Paliativos, en donde trabajan coordinadamente con el equipo de profesionales en el área.

Es importante destacar que a pesar de haber tenido como sujetos de estudio a dos Licenciadas en Enfermería, se puede considerar que no ha contado con mayor población de observación, sin embargo la relevancia fue el objeto de estudio que fue tener conocimiento sobre las actividades de enfermería en un campo poco conocido en el desempeño profesional, puesto que se piensa que los Cuidados Paliativos solo se encarga del tratamiento para el dolor de pacientes, cuando se trata de un sinnúmero de actividades en donde hay una organización previa de planes de atención, dirigido a mejorar la calidad de vida y tener una muerte digna, como está establecido en los códigos éticos.

RECOMENDACIONES

Conocer actividades específicas en la atención de pacientes con enfermedades degenerativas y catastróficas como el cáncer, es un campo nuevo. Por lo tanto, es importante continuar con la indagación de información para poder proyectarnos a otros campos en la salud-enfermedad que están desprovistos de la participación de las y los profesionales de Enfermería.

Las visitas domiciliarias realizadas en su momento han permitido reconocer la importancia de la participación de Enfermería, contando con talento humano preparado y en cantidad suficiente. Mientras más se pueda realizar cobertura domiciliaria, es mejor para el control y monitoreo de los pacientes oncológicos en etapa terminal. Por ello sería necesario que la Institución como tal, retome la misión y visión del área de Cuidados Paliativos para establecer de mejor forma las necesidades que se mantienen, sobre todo de la participación de mayor número de Licenciadas (os) en Enfermería.

Promocionar con mejor proyección el área de Cuidados Paliativos, es una necesidad prioritaria, puesto que, de esta forma, no solo se benefician aquellos pacientes oncológicos sino personas con otras enfermedades degenerativas en donde Enfermería cumple un rol muy importante con intervenciones organizadas, planificadas, ejecutadas y evaluadas.

REFERENCIAS

1. Castillo Gil EF, Vásquez Saavedra LS. Cuidado Paliativo de Enfermería en el Hospital Regional Docente las Mercedes [Internet] [Pregado]. [Chiclayo Perú]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012 [citado el 9 de febrero de 2018]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/390/1/TL_Castillo_Gil_Estefany.pdf
2. Aguilera S, Paniale S, Romero U. Actitud de Enfermería Frente al Paciente Terminal: Estudio de tipo descriptivo a realizarse con enfermeros en la Casa de la Bondad y en el Servicio de Medicina Paliativa del Nuevo Hospital San Roque de la ciudad de Córdoba [Internet] [Pregado]. [Córdoba - Argentina]: Universidad Nacional de Córdoba; 2012 [citado el 9 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aguilera_serjio.pdf
3. Tumipamba Núñez G de L. Programa de cuidados paliativos para una atención integral de enfermería a los pacientes oncológicos en fase terminal del Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala Núcleo de Quito [Internet] [Master's Thesis]. [Ambato - Ecuador]: Universidad Regional Autónoma de los Andes Uniandes; 2013. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4564/1/TUAMGH004-2013.pdf>
4. Auría Fernández M del C. Cuidados Paliativos y el paciente terminal [Internet] [Doctorales]. [España]: Universidad de la Rioja; 2015 [citado el 9 de febrero de 2018]. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001080.pdf
5. Luz KR da, Vargas MA de O, Schmidtt PH, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Rosa LM da. Ethical problems experienced by oncology nurses. Rev Lat Am Enfermagem. diciembre de 2015;23(6):1187–94.

6. Vacas Guerrero M. Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad. *Enferm Clínica*. el 1 de enero de 2014;24(1):74–8.
7. Contreras Contreras SE, Sanhueza Alvarado OI. PATIENTS OF THE PAIN RELIEF AND PALLIATIVE CARE PROGRAMME: REASONS AND MEANING FOR NURSES. *Cienc Enferm*. abril de 2016;22(1):47–63.
8. Carrillo GM, Ramírez OJG, Arias EM. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. *Rev Latinoam Bioét*. el 18 de noviembre de 2016;17(32–1):60–79.
9. MSP M de SP del E. Descripción de SOLCA [Internet]. Política de Salud. 2014 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.solca.med.ec/htm/PoliticSalud.htm>
10. Echeverría Haro PC, Moreta Collahuazo MJ. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal, en la unidad Oncológica Solca Cáncer, periodo octubre 2013 marzo 2014 [Internet] [B.S. thesis]. [Ibarra - Ecuador]: Universidad Técnica del Norte; 2015. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3823/1/06%20ENF%20615%20TESIS.pdf>
11. Alava Macias JC. Proyecto de Cuidado Paliativos. 2016;15.
12. Estrada Beltrán IC, Gozález Ramírez MV. Cuidados Paliativos Proporcionados por el Profesional de Enfermería al enfermero Oncológico en fase terminal en las unidades de clinicas de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas [Internet]. [Caracas - Venezuela]: Universidad Central de Venezuela; 2005 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/2579/1/TEG%20Cuidados%20Paliativos%20Entrega%20Final.pdf>
13. OPS OP de la S. Un Enfoque Integrado Sobre la Prevencion y el Control de las enfermedades Cronicas. Pan American Health Org; 2007. 52 p.
14. Valadez Blanco EO. El Cáncer como Enfermedad Compleja: Redes y Niveles de Organización [Internet]. [Mexico - Mexico]: Universidad Nacional

Autónoma de México; 2007 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://medicinaycomplejidad.org/pdf/probsal/octa_tesis0\[1\].pdf](http://medicinaycomplejidad.org/pdf/probsal/octa_tesis0[1].pdf)

15. González DL, González JL, Guerrero ML, Fernández Romero A. Fundamentos de la administración subcutánea continua y en bolus en cuidados paliativos. *Enferm Glob.* noviembre de 2004;3(2):12.

16. OMS OM de la S. Cuidados paliativos [Internet]. WHO. 2015 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>

17. Martínez Salazar MI. Bioética, enfermería y cuidados paliativos [Internet]. NTR Zacatecas .com. 2013 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://ntrzacatecas.com/2013/10/11/bioetica-enfermeria-y-cuidados-paliativos/>

18. León AR, González RG, Enrique LEP. Los Cuidados Paliativos, una revisión documental. *QhaliKay Rev Cienc Salud* ISSN 2588-0608. 2017;1(2):75–81.

19. Patatabrava.com, WHO WHO. La universidad tal y como debería ser [Internet]. Patatabrava.com. 1994 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://m.patatabrava.com>

20. Benito E, Barbero J, Payás A. El Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos, “ Una introducción y una propuesta”. 3era ed. San Juan: Arán Ediciones; 2008. (140; vol. 4).

21. Del Castillo Arévalo F. Cuidados a la Persona con enfermedad Terminal [Internet]. 2013 [citado el 6 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilera S, Paniale S, Romero U. Actitud de Enfermería Frente al Paciente Terminal: Estudio de tipo descriptivo a realizarse con enfermeros en la Casa de la Bondad y en el Servicio de Medicina Paliativa del Nuevo Hospital San Roque de la ciudad de Córdoba [Internet] [Pregado]. [Cordoba - Argentina]: Universidad Nacional de Cordoba; 2012 [citado el 9 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aguilera_serjio.pdf
2. Alava Macias JC. Proyecto de Cuidado Paliativos. 2016;15.
3. Asamblea Constituyente. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria [Internet]. 35. Disponible en: <http://www.wipo.int/wipolex/es/text.jsp>
4. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería. X Jornada de trabajo AENTDE. Pensamiento crítico y taxonomías: conocer, razonar y cuidar. Cruces, 8 y 9 de Mayo de 2015. mayo de 2015 [citado el 12 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/65603>
5. Asociación Española de N, Taxonomía y Diagnóstico de E. XI Jornada de trabajo AENTDE. Veinte años impulsando los lenguajes enfermeros. Hospital 12 de Octubre (Madrid), 6 de Mayo de 2016 [Internet]. 2016 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/109951>
6. Astudillo W, Mendinueta C. Preguntas y respuestas sobre los cuidados paliativos. Revista de la salud. 2010;39–58.
7. Auría Fernández M del C. Cuidados Paliativos y el paciente terminal [Internet] [Doctorales]. [España]: Universidad de la Rioja; 2015 [citado el 9 de febrero de 2018]. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001080.pdf
8. Azmar J, Tudela J. Cuidados paliativos y sedación terminal: ¿dónde está el límite? [Internet]. Aleteia.org | Español. 2015 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://es.aleteia.org/2015/03/11/cuidados-paliativos-y-sedacion-terminal-donde-esta-el-limite/>
9. Benito E, Barbero J, Payás A. El Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos, “ Una introducción y una propuesta” [Internet]. 3era ed. San Juan: Arán Ediciones; 2008. (140; vol. 4). Disponible en: [ENSAYO grupo J. Guairacaja.docx \(D34935336\)](#) [enviar al urkun.docx \(D11247657\)](#) [ENSAYO FLORES TOMALÁ JESSICA IVONNE.pdf \(D31028436\)](#) [Karla Cordova.docx \(D13573159\)](#)
10. Busquets Surribas M. Autonomía e información en el proceso de atención sanitaria a mujeres con cáncer de mama y hombres con enfermedad coronaria. el 31 de mayo de 2017 [citado el 12 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/113150>
11. Carrillo GM, Ramírez OJG, Arias EM. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. Revista Latinoamericana de Bioética. el 18 de noviembre de 2016;17(32–1):60–79.

12. Carrillo GM, Ramírez OJG, Arias EM. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. *Revista Latinoamericana de Bioética*. el 18 de noviembre de 2016;17(32-1):60-79.
13. Castillo Garcet MA, Jiménez Hernández ITO. Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal (2005). *Revista Cubana de Enfermería*. junio de 2007;23(2):0-0.
14. Castillo Gil EF, Vásquez Saavedra LS. Cuidado Paliativo de Enfermería en el Hospital Regional Docente las Mercedes [Internet] [Pregado]. [Chiclayo Perú]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012 [citado el 9 de febrero de 2018]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/390/1/TL_Castillo_Gil_Estefany.pdf
15. Del Castillo Arévalo F. Cuidados a la Persona con enfermedad Terminal [Internet]. 2013 [citado el 6 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf
16. Delgado Ospina JA. Cuidados paliativos para pacientes oncológicos con calidad de vida un reto para el profesional de enfermería [Internet] [B.S. thesis]. [Bogotá - Colombia]; 2017. Disponible en: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/666/1/CUIDADOS%20PALIATIVOS%20PARA%20PACIENTES%20ONCOLOGICOS%20CON%20CALIDAD%20D.pdf>
17. Echeverría Haro PC, Moreta Collahuazo MJ. Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer Terminal, en la Unidad Oncológica Solca Ibarra, Periodo octubre 2013 marzo 2014. [Internet] [Pregrado]. [Ibarra - Ecuador]: Universidad Técnica del Norte; 2014 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://docplayer.es/36703978-Universidad-tecnica-del-norte-facultad-ciencias-de-la-salud-carrera-de-enfermeria.html>
18. Echeverría Haro PC, Moreta Collahuazo MJ. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal, en la unidad Oncológica Solca Cáncer, periodo octubre 2013 marzo 2014 [Internet] [B.S. thesis]. [Ibarra - Ecuador]: Universidad Técnica del Norte; 2015. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3823/1/06%20ENF%20615%20TESIS.pdf>
19. encolombia. Intervención de Enfermería en Cuidados Paliativos, *Revistas Médicas* [Internet]. encolombia.com. 2014 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-64/enfermeria6403-intervencion/>
20. Espinar Cid V. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuadernos de Bioética*. 2012;23(1).
21. Estrada Beltrán IC, González Ramírez MV. Cuidados Paliativos Proporcionados por el Profesional de Enfermería al Enfermo Oncológico en Fase Terminal en las

Unidades Clínicas de Medicina I, II y III Del Hospital Universitario de Caracas [Internet]. [Caracas - Venezuela]: Universidad Central de Venezuela; 2005 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/2579/1/TEG%20Cuidados%20Paliativos%20Entrega%20Final.pdf>

22. Estrada Beltrán IC, Gozález Ramírez MV. Cuidados Paliativos Proporcionados por el Profesional de Enfermería al enfermero Oncológico en fase terminal en las unidades de clínicas de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas [Internet]. [Caracas - Venezuela]: Universidad Central de Venezuela; 2005 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/2579/1/TEG%20Cuidados%20Paliativos%20Entrega%20Final.pdf>

23. Gador. Cuidados paliativos [Internet]. Gador. 2015 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.gador.com.ar/comunidad/cuidados-paliativos/>

24. García Viniegras CRV, Grau Abalo JA, Infante Pedreira OE. Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. Revista Cubana de Medicina General Integral. marzo de 2014;30(1):121–31.

25. Gobierno Vasco. Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Un proceso de atención y mejora en la fase final de la vida [Internet]. 2016 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_cuidados_paliativos/es_def/adjuntos/Anexo_Plan_Cuidados_Paliativos.pdf

26. González DL, González JL, Guerrero ML, Fernández Romero A. Fundamentos de la administración subcutánea continua y en bolus en cuidados paliativos. Enfermería Global. noviembre de 2004;3(2):12.

27. Hospital Universitario Reina Sofía. Administración de Medicación por Vía Subcutánea [Internet]. [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt7_administracion_medificacion_via_subcutanea.pdf

28. León AR, González RG, Enrique LEP. Los Cuidados Paliativos, una revisión documental. QhaliKay Revista de Ciencias de la Salud ISSN: 2588-0608. 2017;1(2):75–81.

29. Loncán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixidó A, Vidaurreta R, et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007;30:113–28.

30. Luz KR da, Vargas MA de O, Schmitt PH, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Rosa LM da. Ethical problems experienced by oncology nurses. Revista Latino-Americana de Enfermagem. diciembre de 2015;23(6):1187–94.

31. Luz KR da, Vargas MA de O, Schmidtt PH, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Rosa LM da, et al. Ethical problems experienced by oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. diciembre de 2015;23(6):1187–94.
32. Martínez Salazar MI. Bioética, enfermería y cuidados paliativos [Internet]. NTR Zacatecas .com. 2013 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://ntrzacatecas.com/2013/10/11/bioetica-enfermeria-y-cuidados-paliativos/>
33. Martínez Salazar MI. Bioética, enfermería y cuidados paliativos [Internet]. NTR Zacatecas .com. 2013 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://ntrzacatecas.com/2013/10/11/bioetica-enfermeria-y-cuidados-paliativos/> enviar al urkun.docx (D11247657)
34. Mena Martín C, Fernández Sevilla AB. Sedación en pacientes terminales [Internet]. 2012 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://cuidadosenfermeros.files.wordpress.com/2012/10/sedacic3b3n-en-pacientes-terminales.pdf>
35. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid - España; 2007 [citado el 13 de febrero de 2018]. (18; vol. 6). Disponible en: <http://www.aepp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>
36. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2007 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.aepp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos [Internet]. 1a ed. Madrid - España; 2008 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/resumida/apartado02/principios01.html#>
38. Ministerio de Sanidad Política Social. Unidad de Cuidados Paliativos Estándares y Recomendaciones [Internet]. 2014 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>
39. MSP M de SP del E. Descripción de SOLCA [Internet]. Política de Salud. 2014 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.solca.med.ec/htm/PoliticSalud.htm>
40. MSP M de SP del E. Auxiliares de Enfermería en Cuidados Paliativos - T.C.A.E. [Internet]. 2015 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/auxiliar_paliativos.htm
41. OMS OM de la S. Cuidados paliativos [Internet]. WHO. 2015 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
42. OPS OP de la S. Un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de las enfermedades Crónicas. Pan American Health Org; 2007. 52 p.

43. Patatabrava.com, WHO WHO. La universidad tal y como debería ser [Internet]. Patatabrava.com. 1994 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://m.patatabrava.com_Karla Cordova.docx \(D13573159\)](http://m.patatabrava.com_Karla Cordova.docx (D13573159))
44. Pontifica Universidad Catolica de Chile. Vías de administración [Internet]. 2014 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www7.uc.cl/sw_educ/enfermeria/viaparenteral/html/contenidos/vias.html
45. Rodríguez Rodríguez J. El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia [Internet]. 2017 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/115643>
46. Romeo Cepero DV, Pérez Pérez F, Robinsón Delgado A. Caracterización de los pacientes terminales y su atención domiciliaria por parte de un equipo básico de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. septiembre de 2007;23(3):0–0.
47. Servicio Murciano. Manual de Cuidados Paliativos [Internet]. 2012 [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/04/Manual-Bloque-1PRESENCIAL-Cuidados-Paliativos.-M%C3%A1ster-en-EnvejecimientoUM.pdf>
48. Sociedad Española de los Cuidados Paleativos. Historia de los Cuidados Paleativos [Internet]. 2015 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1
49. Tumipamba Núñez G de L. Programa de cuidados paliativos para una atención integral de enfermería a los pacientes oncológicos en fase terminal del Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala Núcleo de Quito [Internet] [Master's Thesis]. [Ambato - Ecuador]: Universidad Regional Autónoma de los Andes Uniandes; 2013. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4564/1/TUAMGH004-2013.pdf>
50. Valadez Blanco EO. El Cáncer como Enfermedad Compleja: Redes y Niveles de Organización [Internet]. [Mexico - Mexico]: Universidad Nacional Autónoma de México; 2007 [citado el 13 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://medicinaycomplejidad.org/pdf/probsal/octa_tesis0\[1\].pdf](http://medicinaycomplejidad.org/pdf/probsal/octa_tesis0[1].pdf)
51. Zacarías de la Torre MM. Cuidados Paliativos. 2011;379.
52. Zerbitzu Nagusia E. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba Núm. 2006/04. 2012; Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/eu_def/adjuntos/osagin/Cuidados%20paliativos.pdf
53. Anexo_Plan_Cuidados_Paliatuvos.pdf [Internet]. [citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_cuidados_paliativos/es_def/adjuntos/Anexo_Plan_Cuidados_Paliatuvos.pdf

GLOSARIO

Agonía: Estado que precede a la muerte en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. Se caracteriza por la aparición de un deterioro físico general, que suele ser rápidamente progresivo, evidenciándose un incremento de la debilidad, postración y disminución del nivel de alerta, con el consecuente aumento del número de horas de cama, disminución de la ingesta y alteración de las constantes vitales; tendencia progresiva a la hipotensión, taquicardia y oliguria, con percepción de muerte inminente por parte del paciente, familia y equipo de profesionales sanitarios.

Autonomía (principio de): Considera que toda persona tiene el derecho a disponer libremente y a actuar conforme los principios que han regido su vida.

Calidad de vida: La percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. Responde a las aspiraciones y a los máximos que una persona se quiere dar para sí.

Consentimiento informado: Es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Cuidados básicos: Se refiere a las medidas de higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea que brinda el personal de salud a un paciente.

Cuidados paliativos: Es el cuidado activo y total de aquellos enfermos que no responden a tratamiento curativo. En donde es prioritario el control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida es limitado.

Estudio Transversal-Descriptivo: Es aquél que describe la frecuencia de un evento o de una exposición en un momento determinado (medición única). Permite examinar la relación entre un factor de riesgo (o exposición) y un

efecto (o resultado) en una población definida y en un momento determinado (un corte). Llamados también estudios de prevalencia.

Eutanasia: El acto que tiene por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con enfermedad terminal o irreversible, que padece sufrimientos que él vive como intolerables, y a petición expresa de éste.

Insomnio: Uno de los trastornos del sueño más común que presenta dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido durante la noche.

Medidas ordinarias. Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal y aportan un beneficio y no constituyen, para él una carga grave.


Medidas extraordinarias. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios

Muerte: es la pérdida irreversible de las funciones orgánicas (vitales), que se acompaña de la ausencia de la relación cognitiva del individuo consigo mismo y con su entorno.

Opioides: Se refiere a medicamentos derivados del opio que tienen como objetivo principal aliviar el dolor.

Tolerancia: Es la reducción de la sensibilidad a un fármaco tras su administración repetida que hace necesario aumentar la dosis para producir efectos de la misma magnitud (OMS).

ANEXOS

<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA</p>		<p style="text-align: center;">SOLCA-GUAYAQUIL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL DR. JUAN TANCA MARENGO</p>	
--	---	--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado de participación en la recolección de datos en el trabajo de titulación sobre: “Actividades de Enfermería en la Atención de Pacientes oncológicos en etapa terminal en el Área de Cuidados Paliativos”

Las estudiantes de Enfermería del Séptimo Nivel de la Carrera de Enfermería, previa autorización del Departamento de Docencia e Investigación y de la Jefatura del Servicio de Cuidados Paliativos de SOLCA, solicitan la colaboración a las Licenciadas en Enfermería del Área de Cuidados Paliativos para que respondan un cuestionario de preguntas y les permitan realizar una observación sobre el cumplimiento de actividades en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal, guardando absoluta discreción y ética en el buen manejo de la información obtenida. Toda la información derivada de su participación en este estudio será de estricta confidencialidad. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Yo, Licenciada en Enfermería, Especialista en, acepto participar en el trabajo mencionado, comprometiéndome a responder estrictamente lo solicitado y permitir las observaciones correspondientes, de acuerdo a los objetivos establecidos para el trabajo de investigación.

Guayaquil,

SOLICITANTES.

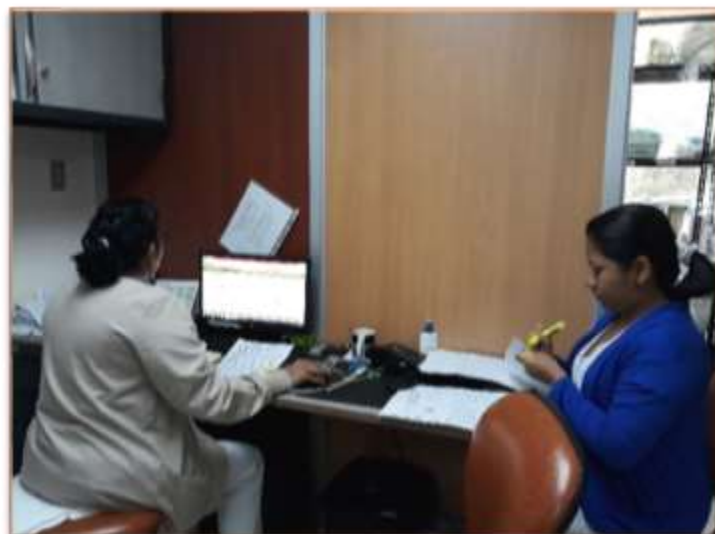
Paola Moreira Vélez
CI 0922793914

Ana Salgado Borja
CI 0921367926

PARTICIPANTE.

.....
CI. No.

AGENDAMIENTO DE PACIENTES PARA REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS



PROCEDIMIENTO INVASIVO PARA BLOQUEO DE DOLOR





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de Cuidados Paliativos.

Objetivo: Recolectar información personalizada de los sujetos de estudio.

Instrucciones para el encuestador:

- Explique el objetivo de la encuesta y permanezca junto a las encuestadas para orientarlas sobre alguna duda.

Instrucciones para la encuestada:

- No requiere incluir sus datos personales, la encuesta es de carácter anónimo.
- Escriba una "X" en los casilleros en blanco de las alternativas de respuesta por cada pregunta y, en aquellas que no contengan respuestas escriba la información solicitada.
- Se guardará absoluta discreción ante la información. Agradecemos su colaboración.

ENCUESTA.

Formulario No.00__

1. ¿Qué cargo desempeña en el área de Cuidados Paliativos?

Administrativo

Cuidado Directo

Supervisora

Otro cargo

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuál es su jornada laboral en el hospital?

6 horas	<input type="checkbox"/>	
8 horas	<input type="checkbox"/>	
12 horas	<input type="checkbox"/>	
Otro horario	<input type="checkbox"/>	

Especifique _____

3. ¿En qué horario trabaja usted en el área?

Mañana	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>
Noche	<input type="checkbox"/>

4. ¿Cuántos años de trabajo ha laborado usted en el área?

3 meses	<input type="checkbox"/>
3-6 meses	<input type="checkbox"/>
6-12 meses	<input type="checkbox"/>
12-18 meses	<input type="checkbox"/>
+ de 18 meses	<input type="checkbox"/>

5. ¿Cuál es su grado académico?

Licenciada	en	<input type="checkbox"/>	
Enfermería		<input type="checkbox"/>	
Especialista		<input type="checkbox"/>	
Magister		<input type="checkbox"/>	
Otro grado		<input type="checkbox"/>	Especifique: _____

6. ¿Ha recibido capacitación sobre la atención a pacientes en etapa terminal?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
Mucho	<input type="checkbox"/>
Frecuencia	<input type="checkbox"/>

Especifique la frecuencia:-

7. ¿Usted tiene conocimiento sobre la atención a pacientes en etapa terminal?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

8. ¿Con quiénes mantiene comunicación durante el proceso terminal de la enfermedad?

Paciente	<input type="checkbox"/>
Familia	<input type="checkbox"/>

9. ¿Qué tipo de valoración de enfermería realiza al paciente en etapa terminal?

Física	<input type="checkbox"/>
Psicológica	<input type="checkbox"/>
Socio familiar	<input type="checkbox"/>

10. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que presentan los pacientes en etapa terminal?

Dolor	
Nauseas.	
Estreñimiento.	
Obstrucción intestinal.	
Caquexia	
Deterioro de la mucosa oral	
Disnea	
Deterioro del patrón del sueño	
Ansiedad ante la muerte	
Depresión	
Deterioro de la integridad cutánea	
Sufrimiento espiritual	
Fatiga	
Otros problemas	

11. ¿Usted brinda atención a la familia de los pacientes en etapa terminal atendidos o derivados al área de cuidados paliativos?

SI

NO

12. En relación a la comunicación que se mantiene con el paciente y la familia ¿Qué actividades realiza?

Prepara y valora el equilibrio emocional del paciente y familia.

--

Informa a la familia de estado de diagnóstico y pronóstico.

--

Proporciona a la familia información no verbal (folletos)

--

13. ¿Cómo realiza la valoración física del paciente en etapa terminal?

Realiza examen por aparatos y sistemas.

--

Aplica la escala de funcionamiento Karnofsky

--

Aplica el índice de Katz.

--

Aplica la escala de Norton

--

Valora los patrones funcionales de salud de Gordon

--

14. ¿De qué forma realiza la valoración psicológica del paciente en etapa terminal?

Valora signos vitales por depresión.

--

Aplica la escala de MAC (Mental Adjustment to cáncer).

--

Utiliza la escala HAD (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria).

--

Utiliza la escala de Golberg para ansiedad y depresión.

--

Utiliza la escala de Yesavage para ansiedad y depresión.

--

Aplica la escala de Goberg.

--

Valora cambios de carácter (Kübler-Ross).

--

Valora los miedos (E. Mansell Pattison).

--

Aplica otras formas de valoración.

--

Describe _____

15. En relación a la Valoración socio-familiar ¿Qué parámetros valora usted?

Composición de la familia y los roles

Calidad de relaciones familiares y de impacto

Reacciones de la familia

Problemas económicos y posibles variaciones

Costos que genera la enfermedad

Redes de apoyo institucional o informales

Habitualidad y confort de la vivienda, higiene, agua caliente, ventilación.

Capacitación cultural de la familia para comprender las indicaciones sobre cuidados

Otros aspectos

Describe:

16. Para la asistencia de los problemas más frecuentes: ¿Cuáles son las medidas que se aplican en cada problema detectado, valorado o reportado?

16.1. Dolor:

No utilizar placebos

No mezclar dos opioides

Dar siempre la medicación en horas fijas

Utilizar coadyuvantes si es necesario

No usar psicotrópicos de forma rutinaria

Siempre que se pueda usar vía oral

Tratar el insomnio

Evitar los tratamientos desagradables

16.1.1. Escala analgésica de la OMS:

Nivel 1: Paracetamol, AAS, Antiinflamatorios no esteroides, Metamizol

Nivel 2: Codeína, Dihidrocodeína, Tramadol.

Nivel 3: Morfina, Metadona, Fentanilo

16.1.2. Medidas no farmacológicas

Calor

Frio

Mentol

Masajes

Estimulación nerviosa eléctrica y transcutánea

Vibración

Relajación

Acupuntura

Movilización activa o pasiva

--

16.2. Náuseas.

16.2.1. Medidas no farmacológicas

Enseñar respiraciones profundas

Explicar las causas si se conocen

Indicar pequeñas cantidades de comida

Promover un ambiente agradable y evitar olores fuertes.

Recomendar posición sentado o semisentado.

16.2.2. Tratamiento farmacológico:

Por opioides: Haloperidol; Metoclopramida.

Por quimioterapia: Ondasetron; Dexametasona; Lorazepam.

Por aumento de la presión intracraneal: Dexametasona

Estreñimiento: Laxantes

Hipercalcemia: hidratar y bifosfonatos

Compresión gástrica: corticoides; Metoclopramida

Obstrucción intestinal: Hioscina; Meclicina; Corticoide

16.3. ESTREÑIMIENTO.

16.3.1. Medidas no farmacológicas:

Aumentar ingesta de líquidos y fruta

Enseñar la respuesta inmediata a deseos de defecar.

Permitir intimidad

Recomendar aumento de actividad física

Revisar y cambiar si se pueden fármacos que produzcan estreñimiento.

Explicar la técnica de colocación de enema

Enseñar cuidados perineales

16.3.2. Tratamiento farmacológico:

Aplicación de laxantes reguladores de masa fecal: Salvado; Metilcelulosa.

Aplicación de reblandecedores de heces: osmóticos; surfactantes; lubricantes

Aplicación de estimulantes: Senósidos; Bisacódilo

16.3.3.

16.3.4. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:

Quirúrgico de acuerdo con la esperanza de vida

Farmacológico: Corticoides; Espasmolíticos; Morfina; Antieméticos.

16.3.5. CAQUEXIA:

16.3.5.1. Tratamiento farmacológico:

Metoclopramida: antes de las comidas y al acostarse.

Corticoides: Dexametasona; Metilprednisona; Prednisona;

Acetato de Megestrol

Cannabinoides: Dronabinol.

Inhibidores de las citoquinas: Talidomida

Recomendaciones en la alimentación.

16.3.6. DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL:

Examen físico de labios; dientes, mucosa bucal, lengua, encías, olor de aliento

Detección de infecciones más frecuentes: micosis; infecciones bacterianas y víricas

16.3.6.1. Tratamiento de la boca dolorosa:

Aplicación de lidocaína viscosa al 2% viscosa, dos veces al día

Uso de Hidróxido de aluminio y Lidocaína 2%

16.3.6.2. Cuidado de la Boca seca:

Recomendaciones de beber abundantes líquidos

Recomendaciones de chupar pastillas de vitamina C

Enseñanza sobre disminuir el consumo de abundante azúcar: chicles, caramelos.

Recomendar enjuague con agua de manzanilla y limón

Aplicar estimulante de saliva artificial

Hidratar los labios.

Enseñar respiraciones por la nariz y no la boca

Recomendar ambientación de habitación: ventilación fresca

Recomendar las bebidas en pequeños sorbos

Recomendar la no ingesta de cafeína y alcohol

16.3.7. DISNEA:

16.3.7.1. Medidas no farmacológicas:

Hay que recomendar que no dejen solo al paciente

Recomendar incorporar la cama del paciente

Recomendar humidificación de ambiente

Aplicación de oxígeno intermitente y educación al familiar del procedimiento

Enseñar terapia de relajación o yoga

Enseñar ejercicio de respiración

Recomendar períodos de descanso por actividad

Recomendar menos visitas

16.3.7.2. Tratamiento farmacológico:

Ansiolíticos: Diazepam 5-10 mg/8-12 horas. VO; Lorazepam vía sublingual 0,5-2mg; Midazolam 2,5-5 mg vía subcutánea.

Morfina: 2,5-5 mg /4 horas, vía subcutánea

Corticoides: Dexametasona 16-40 mg, oral o parenteral y 2-8 mg/día de mantenimiento.

Atropinicos: Hioscina, utilizado en los estertores pre-mortem, 10-20mg oral o SC

16.3.8. DETERIORO DEL PATRÓN SUEÑO:

16.3.8.1. Medidas no farmacológicas:

Recomendar reducción de luz y sonidos nocturnos.

Recomendar ambiente agradable adecuado, música suave.

Enseñar ejercicios de relajación

Recomendar el aumento de actividad diurna

Recomendar evitar el exceso de ropa de cama

Recomendar bebidas calientes antes de acostarse.

Ajustar los horarios de medicación para evitar horas nocturnas

16.3.8.2. Tratamiento farmacológico.

Benzodiazepinas: Triazolam (0,125 mg); Lorazepam (0,5-2 mg); Midazolam (7,5-15 mg); Diazepam (5-10 mg).

Si existe depresión: Amitriptilina 25-150 mg; Trazodona 50-100 mg.

Si hay ansiedad paradójica: Clorpromazina 10-25 mg; Haloperidol 5-10 mg

En insomnios resistentes: Morfina 5-10 mg y Midazolam 5-15 mg por vía SC. Casos extremos 10 mg+Clorpromacina 50 mg+Escopolamina0,5 mg por vía IM.

16.3.9. ANSIEDAD/ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.

16.3.9.1. Medidas generales:

Establecer un buen control de síntomas

Brindar soporte afectivo a la familia

Tratar de acompañar permanentemente con la persona.

Establecer dialogo para que comparta sus preocupaciones.

Explicar el significado de los síntomas

Brincar apoyo emocional y espiritual

Recomendar relajación progresiva y otras técnicas autocontrol emocional

16.3.9.2. Tratamiento farmacológico:

Benzodiazepinas: Lorazepam, Alprazolam.

--

Fenotiazinas:	Clorpromacina,	
Tioridazina		
Butirofenonas:	Haloperidol	
Betabloqueantes:	Propanolol	
Opioides		

16.3.10. DEPRESIÓN.

16.3.10.1. Medidas generales:

Solucionar los factores físico y síntomas	
Brindar apoyo emocional	
Permitir hablar de sus preocupaciones	
Aumentar el sistema de apoyo	

16.3.10.2. Tratamiento farmacológico:

Inhibidores selectivos de re captación de serotonina.	
Antidepresivos tricíclicos	

16.3.11. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

1. PIEL SECA

2. PIEL HUMEDA

No abusar del lavado		Baños de corta duración	
Evitar ambiente seco		Favorecer aire en pliegues de piel	
Añadir emolientes al baño		Inspección regular de la piel	
Secar con toalla suave		Usar cremas protectoras por incontinencia	

Tras el baño usar por la noche crema o aceite	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	Si no hay infección usar compresas humedecidas	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
		Si hay infección tratar dermatitis	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>

16.3.10.2. PRURITO.

16.3.10.2.1. RECOMENDACIONES:

Recomendar evitar baños con agua muy caliente y prolongados	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>
Prevenir el calor y sequedad de la piel	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>
Recomendar evitar rascado	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>
Recomendar limitar el uso de jabón en el lavado	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>
Aplicar compresas con mentol o lociones calamina	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>
Usar formulas preparadas (no cremas antihistamínicas)	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>
Aplicar geles locales anestésicos de lidocaína	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>

16.3.10.3. ULCERAS POR DECÚBITO.

16.3.10.3.1. ENSEÑANZA A LA FAMILIA:

Alivio de presión por movilidad: cambios posturales cada 2-3 horas	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>
Protección de puntos vulnerables: talón, tobillos, codos, rodillas y sacro con almohadillas de gomaespuma.	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>
Higiene y cuidado de piel	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>
Colchones de aire, agua o camas especiales	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>
Empleo de protectores en la cama de piel de cordero	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>
En pacientes incontinentes se valorará el uso de colectores o sondajes para evitar contaminación.	<input style="width: 60px; height: 30px;" type="checkbox"/>

Inspección diaria de piel, sobre todo en prominencias óseas.

--

16.3.12. FATIGA.

16.3.12.1. ALGUNAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Facilitar el sueño

Explicar las causas de la fatiga

Establecer prioridades en las actividades

Fomentar ejercicio controlado

Utilizar dispositivos de ayuda (andadores, silla de ruedas, etc.)

Actividades de manejo de la energía

Involucrarse en actividades que restauren el nivel de atención

Ayudarlo a identificar las causas que provocan más fatiga.

16.3.13. OTROS PROBLEMAS

16.3.13.1. Deterioro de la movilidad física:

Fomento de ejercicio

Fomento de mecanismos corporales

Terapia de ejercicio control muscular, deambulaci3n, movilidad articular

Cambio de posici3n

16.3.13.2. Déficit del autocuidado para alimentaci3n, higiene, aseo, vestido:

Ayuda con los autocuidados en área referidas	
Manejo ambiental	
Cuidado de uñas, ojos, pies, cabello, boca.	
Facilitar la autorresponsabilidad	

16.3.13.3. Manejo inefectivo del régimen terapéutico:

Acuerdo con el paciente	
Apoyo a la familia	
Apoyo emocional	
Asesoramiento	
Establecimiento de objetivos comunes	
Escucha activa	

16.3.13.4. Trastornos de la imagen corporal:

Aumentar el afrontamiento	
Asesoramiento	
Apoyo emocional	
Escucha activa	
Aumentar los sistemas de apoyo	
Clarificación de valores	
Facilitar el duelo	

17. Para la atención a la familia ¿Qué actividades se puede cumplir durante el proceso de la enfermedad del paciente en etapa terminal?

Satisfacer sus necesidades de información	
Mejorar su comunicación	
Ofrecer seguridad	
Facilitar la participación en el cuidado	
Enseñarles a atender al familiar	
Darles apoyo emocional	
Reducir sus temores	
Facilitar la toma de decisiones	
Ayudarles a cuidar de sí mismo	
Acompañarlos en la agonía y el duelo.	

18. ¿Cuentan con protocolos de atención de enfermería para el cuidado de los pacientes en etapa terminal?

SI	
NO	



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Moreira Vélez Paola Narcisa**, con C.C: # 092279391-4 autora del trabajo de titulación: **Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos**. Previo a la obtención del título de **Licenciada de Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 5 de marzo del 2018

f. _____

Nombre: **Moreira Vélez Paola Narcisa**

C.C: **0922793914**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ana Erika Salgado Borja**, con C.C: # 092136792-6 autora del trabajo de titulación: **Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos**. Previo a la obtención del título de **Licenciada de Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 5 de marzo del 2018

f. _____

Nombre: **Ana Erika Salgado Borja**

C.C: 0921367926



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos.		
AUTORAS	Paola Narcisa Moreira Vélez, Ana Erika Salgado Borja		
TUTORA	Lcda. Rosa Calderón Molina. Msc		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5 de marzo del 2018	No. PÁGINAS:	143 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud y bienestar humano- Estudios sobre intervención de enfermería en grupos de riesgo.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Actividades de Enfermería-atención pacientes oncológicos etapa terminal-Cuidados Paliativos.		
RESUMEN/ABSTRACT: El diagnóstico de una enfermedad no necesariamente da comienzo a una etapa en la que “no hay nada que hacer”, por el contrario, es un tiempo para el paciente para recordar, hablar de lo que no pudo o no se animó antes, reencontrarse con su entorno, finalizar tareas pendientes entre otras cosas (3). El estudio se trata sobre las Actividades de Enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal. Objetivo: Determinar las actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal. Materiales y Métodos: Población: 3 Licenciadas en Enfermería que representan el 100%. Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo, transversal. Se utilizó una encuesta y una guía de observación directa. Resultados: las Licenciadas, realizan actividades administrativas y de cuidado directo y tienen conocimiento. Las manifestaciones más frecuentes que presentan los pacientes son dolor, náusea y caquexia. Cumplen con diferentes actividades en la consulta y en la visita domiciliaria, siendo las de mayor relevancia: 50% valoración física y 50% valoración psicológica; incluyen la escala de Karnofsky y los patrones funcionales. En el 100% de pacientes se aplican un 20% de ayudas coadyuvantes y 80% de ayudas farmacológicas para las diferentes manifestaciones. Acompañan a los familiares realizando educación y brindando apoyo. Conclusión: la atención de enfermería en este campo es fundamental por lo que es importante que Enfermería forme parte del equipo de profesionales de la salud en el área de cuidados paliativos.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 593-09 94 51 59 57 593-093 98 70 319	E-mail: pan_amo@hotmail.com erikansalbo403@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Holguín Jiménez Martha Lorena Teléfono: +593 - 0993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			