

Ciclo de Complementación Curricular  
Licenciatura en Enfermería  
Trabajo Final Integrador

Autora: Susana Alicia Jaimes

**EL CUIDADO HUMANO AL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA  
POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL  
SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL  
TORNÚ EN EL PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2024**

2025

Tutora: Lic. Viviana Orrego

*Citar como:* Martínez SM, Quispe, C, Viazzi PB. Secuelas patológicas pospandemia por COVID-19 en los profesionales de enfermería, en un hospital de la provincia de Buenos Aires, de marzo a junio de 2024. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2024.  
<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/2710>

## ÍNDICE

Introducción.....	2
Pregunta problema.....	4
Objetivo general.....	-4
Objetivos específicos.....	-4
Hipótesis.....	-4
Justificación-----	5
Marco teórico.....	6-29
Diseño Metodológico.....	30
Bibliografía.....	33-34
Anexo-	
Anexo 1-Guía de preguntas entrevista.....	36-37
Anexo 2-Diagrama de Gantt-----	38
Anexo 3-Nota a los jefes del servicio para realizar encuesta-----	39
Anexo 4-Ponderacion de datos-----	40
Anexo 5-Tabla de Matriz de datos-----	41
Anexo 5 Tabla y gráficos de frecuencia-----	41
Anexo 5 -1Tabla y grafico: valoración de la boca-----	42
Anexo 5.2 Tabla y grafico: valoración de I y E-----	43
Anexo 5-3 Tabla y grafico: Valoración de piel-----	44
Anexo 5-4 Tabla y grafico: Valoración de sintomas.-----	45
Anexo 5-5 Tabla y grafico Valoración Psicologica-----	46
Anexo 5-6 Tabla y grafico Valoración Espiritual-----	47
Anexo 5-7Tabla y grafico Valoración d ella administración de tratamiento. -----	-48

## **INTRODUCCIÓN**

La importancia de tratar a todos los pacientes hasta sus últimas consecuencias, pero también la importancia de tratar y cuando esto no es posible, cuidar a las personas hasta el final; es una de las metas de enfermería. Entre estas personas se encontraba Cicely Saunders, fundadora del movimiento de los hospices. Ella defendía que, en la fase terminal de la enfermedad, cuando el deterioro que va a sufrir el enfermo es cada vez mayor y, por lo tanto, muy impactante también para la familia y el equipo que le trata, el objetivo debe cambiar y ser sustituido por el cuidado como única meta. Ese cuidado debe virar hacia proporcionar confort al enfermo y a la familia. Porque en esta fase, cada acción positiva realizada sobre uno de ellos es tomada como algo también positivo por el otro.<sup>1</sup>

El cuidado de enfermería puede dividirse en 1: autónomo: propio de la profesión de enfermería, centrada en los cuidados independientes y autónomos de la profesión (necesidades básicas del paciente, etc.); y 2- en equipo: donde enfermería interviene en los cuidados con otros profesionales de la salud o equipo de salud (intervención en asistencia para la colocación de vías centrales, ventilación mecánica, etc.)

La OMS: redefinió cuidados paliativos como “un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares frente a los problemas generados por enfermedades que ponen en riesgo la vida, a través de la prevención y el alivio al sufrimiento”<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>R. Buisán, J. C. Delgado; “El cuidado del paciente terminal”; Anales Sis San Navarra; V. 30 supl. 3 Pamplona 2007

<sup>2</sup>OMS; “El cuidado paliativo” en [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/) acceso: en agosto2014.

Por lo que surge la pregunta de cómo se aplica el cuidado humano al paciente en el final de la vida por parte de los profesionales de enfermería del servicio de cuidados paliativos del Hospital “Dr. Enrique Tornú”.

La enfermería en cuidados paliativos, desarrolla sus conocimientos en el contexto enmarcado por el cuidado de las personas en las cuales la enfermedad progresa terminantemente hacia la muerte, e implica un enfoque innovador en la profesión, ya que junto con el resto del equipo deben diagramar estrategias dirigidas al alivio de los problemas multidimensionales, facilitar los procesos de adaptación a la situación del enfermo terminal, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo, colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados en la toma de decisiones, interviniendo en los diferentes cuidados; autónomo y en equipo.

El objetivo principal de esta investigación es optimizar la calidad de la atención brindada al paciente al final de la vida oncológico en su proceso de enfermedad y al momento de su agonía y muerte.

## **PREGUNTA PROBLEMA**

¿Se aplica el cuidado humano al paciente en el final de la vida por parte de los profesionales de enfermería del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital “Dr. Enrique Tornú en el periodo enero-julio 2016? / revisada Julio-diciembre 2025

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir si se aplica el cuidado humano al paciente en el final de la vida por parte de los profesionales de enfermería del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital “Dr. Enrique Tornú.”-Revisada Enero Julio-diciembre 2025

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ) Describir el cuidado humano autónomo en el paciente al final de la vida. De los profesionales de enfermería del servicio de cuidados paliativos del Hospital Trona en el periodo julio-diciembre 2025
- ) Describir el cuidado humano en equipo en el paciente al final de la vida de los profesionales de enfermería del servicio de cuidados paliativos del Hospital Tornú en el periodo Julio-diciembre 2025

## **HIPÓTESIS**

Se aplica el cuidado humano autónomo más que el cuidado interdisciplinario al paciente en el final de la vida de los profesionales de enfermería del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital “Dr. Enrique Tornú en el periodo Julio-diciembre 2025

## **JUSTIFICACION**

El cuidado como medio y la calidad de vida y el confort como finalidad son los objetivos que deben tener los cuidadores durante la fase final de la vida.

La presencia y demanda cada vez mayor de pacientes graves en áreas de hospitalización más la avanzada tecnología y tratamientos se convierten en situaciones actualmente complejas que involucran grandes dilemas éticos en donde la participación de los profesionales de la salud son determinantes, aunque en la mayoría de los casos la participación en la toma de decisiones por parte del paciente o de su familia es escasa.

Al adoptar el cuidado como paradigma el concepto del mismo ha ido cambiando y adaptándose a cada una de las circunstancias de nuestra vida profesional.

El cuidado autónomo de enfermería está encaminado a proporcionar al paciente el máximo confort en cada momento (cuidados de la piel, eliminación, reposo, sueño, etc.) y problemas emocionales miedo, ansiedad, tristeza; donde el enfermero tiene una gran participación de contención. El cuidado en equipo se realiza en conjunto con el equipo de salud e intenta resolver o paliar los estados patológicos que van apareciendo (micosis, úlceras, anorexia, constipación abdominal, disnea,...) y evitar los problemas que suelen desarrollar con frecuencia los pacientes terminales (bucales, estreñimiento, sangrados, etc.) y aquellos que se realizan con hematólogos, kinesiólogos, radiólogos; como así también problemas de aflicción frente a una nueva realidad donde intervienen psicólogos y psiquiatras.

El siguiente trabajo intentará describir la implementación del cuidado humano hacia el paciente en el final de la vida de los profesionales de enfermería del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital "Dr. Enrique Tornú".

## **Marco TEÓRICO**

### **Significado del concepto de muerte.**

La muerte es un fenómeno natural, universal y único. Natural en el sentido de que, si no intervienen causas antinaturales, se produce como consecuencia de accidentes, enfermedades y/o envejecimientos ocasionados en la relación con el medio ambiente o con procesos de desgaste fisiológico. Es universal, porque mediando una u otra circunstancia, todos los hombres han muerto y morirán.

Es único porque el propio concepto de muerte (término de la vida) entraña la irreversibilidad y a cada persona le acontece una sola vez. Cualquier momento en la vida de una persona es importante por el hecho de ser único; en este caso la muerte (que no es sinónimo de agradable ni placentero) <sup>3</sup>

Los profesionales de la salud somos inevitablemente, pieza clave del entorno del moribundo y su familia, siendo parte del proceso del duelo y como tal nuestro rol debe ser afectiva y respetuosa de las necesidades de la persona vista de modo integral. Aceptar el protagonismo del enfermo, su posibilidad de escoger entre varias opciones y reconocer que cada persona recorre el camino hacia la muerte con etapas diferentes, pueden responder a intervenciones adecuadas de apoyo de tipo físico y psicosocial, y no solo medicación y tratamientos invasivos<sup>4</sup>.

### **Cuidados paliativos.**

Algunos entienden los **cuidados** paliativos como una nueva filosofía, un nuevo modo de hacer en medicina. Realmente, la novedad existe solo en un sentido relativo, actuando los profesionales de la salud siempre y en los últimos años de acuerdo con ese proceder y supone novedad desde que han surgido o desarrollado: políticas

---

<sup>3</sup>Bonilla Merizalde, J; "El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito" Enero – diciembre 2011

<sup>4</sup> Ibíd.

sanitarias, iniciativas, programas específicos, equipos especializados, hospitales, unidades, etc.

Este tipo de asistencia, la unidad de cuidado está constituida por el paciente y la familia, para que el cuidado humano al paciente terminal sea lo mejor posible.

Es así que el cuidado al adoptarlo como paradigma, el concepto del mismo ha ido cambiando y adaptándose a cada una de las circunstancias de nuestra vida profesional.

### **El cuidado.**

El cuidado está presente en la historia de la humanidad ya que es garantía para la continuidad de la especie humana. En los comienzos de la historia el cuidado era básicamente la alimentación, la reproducción y la preservación de la especie, con base en las fuerzas místicas y de la naturaleza, era prestada y recibida sin una estructuración o un conocimiento previo sobre lo que se hacía.<sup>5</sup>

Las mujeres realizaban el cuidado materno, el cuidado en el parto o con el recién nacido; la promoción y manutención de la salud de los ancianos y de los niños, proveyendo los alimentos a través de la agricultura. La prevención de problemas, la curación de enfermedades por medio del cultivo de hierbas, como la presencia en los rituales de paso como el nacimiento y la muerte.<sup>6</sup>

### **Historia del cuidado humano.**

Al evolucionar la humanidad el cuidado se fue diferenciando, de lo empírico al conocimiento basado en experiencias y asociaciones, pasando de ser colectivo a ser depositado en un miembro de la comunidad o de la sociedad; convirtiéndose de esa manera en un cuidado profesional.

---

<sup>5</sup> Kuerten Rocha, P y cols; "El cuidado y la enfermería", *avenferm.*; 27 (1): 102-109, 2009

<sup>6</sup> *Ibíd.*

A lo largo de la historia aparecen los siguientes cuidadores: chamanes, hechiceros, viejas, matronas, mujeres de virtud, parteras, guardianas de prisiones, mujeres consagradas, enfermeras, sacerdotes, médicos, barberos, cirujanos; paralelamente con los avances científicos y tecnológicos y conjuntamente a las contingencias socioeconómicas y a las ideologías políticas, religiosas y profesionales que surgieron a lo largo del tiempo.

### **Cuidados de enfermería.**

La enfermería evoluciona conjuntamente con la historia de la humanidad y del cuidado.

En siglos pasados [los cuidados de enfermería](#) eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. Durante las Cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX, siendo uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla

de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización.<sup>7</sup>

### **Cuidados autónomos e interdisciplinarios.**

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.<sup>8</sup>

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las prescripciones de un médico, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el

---

<sup>7</sup>Molina, MT; "Historia de la Enfermería"; Inter Médica; Michigan; USA; 1973

<sup>8</sup>Consejo Internacional de Enfermería; "Definición de Enfermería" En [www.icn.ch/es/](http://www.icn.ch/es/), acceso: agosto 2014

lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismos y la asesoría nutricional.

### **Modelo bifocal de Carpenito.**

En 1983, se diseñó un modelo para la práctica que indicaba a las enfermeras que describieran las áreas de conflicto entre los diagnósticos de enfermería y los problemas clínicos. A medida que evolucionaba este modelo se incluyeron los problemas clínicos (tanto médicos como de enfermería) en una categoría y se les dio el nuevo nombre de problemas interdisciplinarios.

Este modelo bifocal para la enfermería identifica dos situaciones clínicas en la que intervienen las enfermeras; los diagnósticos de enfermería y los problemas interdisciplinarios.<sup>9</sup>

### **El cuidado autónomo de enfermería.**

**El cuidado autónomo de enfermería** es independiente y autónomo y está encaminado a proporcionar al paciente el máximo confort en cada momento (cuidados de la piel, eliminación, reposo, sueño, etc.) y problemas emocionales miedo, ansiedad, tristeza; donde el enfermero tiene una gran participación de contención.

**El cuidado autónomo** podríamos separarlo en una dimensión: **1-Física y biológica, 2- psicológica, 3- social, 4- espiritual**

En la dimensión **física y biológica** podríamos definir las tareas del cuidado autónomo como:

**1-Valoración de la boca: a) Sequedad:** en el enfermo terminal hay una alteración en las propiedades de la boca, provocadas por varias causas que dan lugar a numerosos problemas entre ellos la sequedad de la boca.

---

<sup>9</sup>Carpenito; L J; "Diagnóstico de Enfermería"; pág 29; Mc Graw Hill; Madrid; 1991

La xerostomía, comúnmente denominada sequedad en la boca, ocurre cuando las glándulas salivales no producen suficiente saliva como para mantener la boca húmeda. Dado que la saliva es necesaria para masticar, tragar, saborear y hablar, estas actividades pueden ser más difíciles con la boca seca.

Los signos y síntomas de la sequedad en la boca incluyen los siguientes: sensación de boca pegajosa y seca, saliva espesa y viscosa, dolor o ardor en la boca o en la lengua, agrietamiento en los labios o en las comisuras de los labios, lengua seca y áspera, dificultad para masticar, saborear o tragar y dificultad para hablar

La quimioterapia o la radioterapia causan sequedad en la boca al dañar las glándulas salivales. La quimioterapia causa sequedad en la boca al hacer más espesa la saliva, lo que generalmente es un síntoma temporal y desaparece de dos a ocho semanas después de finalizado el tratamiento.<sup>10</sup>

**b) Dolor:** Se busca prevenir el dolor de boca, mantener mucosa y labios húmedos, limpios, previniéndolos de infecciones.

El cáncer de boca es un término general en medicina para cualquier crecimiento maligno localizado en la boca. Puede aparecer como una lesión primaria del mismo tejido de la cavidad oral, o por metástasis de un sitio de origen distante, o bien por extensión de estructuras anatómicas vecinas, tales como la cavidad nasal o el seno maxilar. El cáncer que aparece en la cavidad bucal puede tener diversas variedades histológicas: teratoma, adenocarcinoma derivado de una de las glándulas salivares, linfoma de las amígdalas o de algún otro tejido linfático o melanoma de células pigmentadas de la mucosa oral. La forma más común de cáncer en la boca es el carcinoma de células escamosas, originado en los tejidos que delimitan la boca y los labios.

---

<sup>10</sup> Sequedad de la Boca en [www.cancer.net/es/desplazarseacceso](http://www.cancer.net/es/desplazarseacceso) en Setiembre 2014

El cáncer de boca por lo general está localizado en el tejido de los labios o de la lengua, aunque puede aparecer en el piso de la boca, el revestimiento de las mejillas, las encías o el paladar o techo de la boca. Bajo un microscopio, la mayoría de los cánceres que se desarrollan en la boca, tienen características similares y son llamadas conjuntamente como carcinoma de células escamosas. Son de naturaleza maligna y tienden a esparcirse con gran rapidez.

Los signos y síntomas son: lesiones o úlceras en la lengua, labio o cualquier otra área de la boca, usualmente de pequeño tamaño, de color pálido, aunque pueden ser oscuras o descoloradas, inicialmente sin dolor, con una sensación quemante o dolorosa en estados avanzados. Otros síntomas que pueden verse asociados con esta enfermedad incluyen: problemas inusuales en la lengua, dificultad para tragar, dificultades al hablar y dolor y parestesia, característicamente como signos tardíos.

**c) Infecciones:** Eliminar la placa bacteriana y restos alimentarios para evitar la halitosis y evitar preocupaciones y molestias innecesarias y el aislamiento social.<sup>11</sup>

La saliva ayuda a mantener un equilibrio saludable de bacterias en la boca. Si la saliva no es suficiente, las bacterias y otros microorganismos presentes en la boca se desarrollan demasiado rápido. Esto puede causar llagas e infecciones bucales, incluyendo una infección denominada candidiasis bucal que es causada por la proliferación excesiva de un tipo de levadura. La saliva también limpia la boca de los ácidos y las partículas de alimentos que quedan allí después de comer, lo que significa que la falta de saliva puede provocar caries y enfermedad gingival. Debido a la sequedad de boca, también puede ser difícil usar dentaduras.

**2-Valoración de Ingresos y Egresos:** Es un tema controvertido en pacientes con enfermedad avanzada. Muchos miembros del equipo de salud consideran que la

---

<sup>11</sup>Belcher, A E; "Enfermería y cáncer"; Edit. Doyma; España; 1995

hidratación artificial no debe utilizarse ya que prolonga la agonía y la hace más dolorosa.

Mientras que la deshidratación, aumenta el sufrimiento de los pacientes oncológicos por la confusión, delirio y la falla renal.

Pensamos en la hidratación como elemento de confort y administración de medicación. Se indica antes la dificultad para tragar, disfagia, afagia, situación de agonía, traqueo esofágico, náuseas o vómitos severos, obstrucción intestinal, debilidad extrema, síndrome confusional, altas dosis de opioides orales.<sup>12</sup>

**a) Confusión por déficit de líquido:** Cuando el proceso del pensamiento se perturba o cuando una persona tiene dificultad para pensar y actuar como suele hacerlo, puede que se deba a que esté confundida. Hay muchas cosas que pueden causar confusión: bajo nivel de azúcar, infección, fiebre alta, propagación del cáncer al cerebro, cáncer en el líquido alrededor del cerebro, falta de oxígeno en el cerebro, demasiado calcio en la sangre, dolor intenso, dosis excesivas de analgésicos y otros medicamentos.

La confusión puede comenzar o empeorarse cuando el paciente acude a un lugar nuevo y también pudiera empeorar durante las horas de la noche. Por lo general, la causa de la confusión puede y debe ser tratada.

Si la persona comienza a tener confusión, llame al médico enseguida. El paciente pudiera necesitar ser atendido inmediatamente por el médico de manera que se pueda encontrar y tratar la causa del problema. A veces, puede que el paciente requiera ser hospitalizado hasta que el problema sea tratado. Durante este tiempo, resulta útil para

---

<sup>12</sup>íbid.

los pacientes que padecen de confusión estar acompañados por alguien que conocen.<sup>13</sup>

**b) Delirio por déficit de líquido:** Se entiende por delirium un síndrome caracterizado por la alteración del nivel de conciencia, con afectación global de la cognición y alteración de la percepción. Es de inicio brusco y su curso es fluctuante, y se debe a causa orgánica.<sup>14</sup>

En pacientes con cáncer avanzado y terminal, cuya situación clínica y psicológica suele ser especialmente vulnerable, se corre el riesgo de interpretar los episodios agitados como resultado de distrés emocional sencillamente de tener un mal día mala noche. Así mismo, en el paciente con delirium hipo activo o hipo alerta puede atribuirse su estado a un episodio depresivo; ambas situaciones pueden interpretarse, errónea y fatalmente, como comprensibles en el contexto clínico de un paciente con cáncer avanzado y terminal.

El delirium acontece como una disfunción cerebral difusa cuyas causas pueden ser muy variadas, tal como se ha expuesto previamente.

Esencialmente, se distinguen causas farmacológicas y por alteración del metabolismo cerebral, siendo esto último lo que los neurólogos denominan encefalopatías<sup>15</sup>. En el caso de los fármacos, el delirium puede aparecer como consecuencia de superar su margen terapéutico, especialmente en aquellos con acción anti colinérgica.<sup>16</sup>

Cuando el origen es una alteración del metabolismo cerebral, es decir, cuando el índice metabólico cerebral no se puede mantener, ya sea por déficit de sustancias para

---

<sup>13</sup> American Cancer Society; "El cuidado del paciente en el hogar; una guía para pacientes y sus familias" en [www.cancer.org](http://www.cancer.org) Acceso en setiembre 2014.

<sup>14</sup> DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson, 2002.

<sup>15</sup> Blass JP, Gibson GE. Cerebrometabolic aspects of delirium in relationship to dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 10:335-8.

<sup>16</sup> Tune LE, Egeli S. Acetylcholine and delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 10:342-4.

mantenerlo; principalmente glucosa y oxígeno, por toxinas o por excesiva demanda metabólica, como sería en caso de fiebre. Por otra parte, se ha visto que la transmisión colinérgica es muy sensible a las alteraciones metabólicas cerebrales. Desde el punto de vista estructural, la atención es mantenida por dos sistemas neuronales con amplia actividad colinérgica<sup>17</sup>, uno de carácter difuso integrado por el tálamo y vías hemisféricas bilaterales, y un sistema focal compuesto por los córtex frontal y parietal del hemisferio derecho.

Las lesiones sobre estas estructuras, especialmente las del hemisferio derecho, se han relacionado con la aparición de delirium (ej. infarto de la arteria cerebral media la arteria cerebral derecha)<sup>1819</sup>

**c) Micción:** Los problemas vesicales relacionados con la quimioterapia son principalmente de dos tipos: la cistitis y una forma más grave, la cistitis hemorrágica. Las causas de estos problemas incluyen: Instilación de la quimioterapia directamente en la vejiga. La administración de quimioterapia directamente en la vejiga se llama instilación intravesical (en la vejiga). Este tipo de administración se hace insertando un catéter en la abertura de la uretra (el conducto que transporta la orina de la vejiga al exterior del cuerpo). Una vez que el catéter se encuentra en la vejiga, el medicamento se instila a través del catéter a la vejiga. BCG es la quimioterapia administrada con mayor frecuencia mediante este método y se usa para tratar tumores en las paredes interiores de la vejiga. Otras quimioterapias que se pueden administrar con este método incluyen la mitomicina y la tiotepa. Otros dos medicamentos de quimioterapia, la ciclofosfamida y la fosfamida, también están asociados a la cistitis y la cistitis hemorrágica. Cuando estos fármacos se metabolizan

---

<sup>17</sup> Gibson GE, Blass JP, Huang HM, Freeman GB. The cellular basis of delirium and its relevance to dementias including Alzheimer's disease. *IntPsychogeriatr* 1991; 3:373-96

<sup>18</sup>Finley CM. The neuroanatomy of attention. *Sem Speech Lang* 2002; 23:89-98.

<sup>19</sup>Schmidley JW, Messing Y. Agitated confusional states in patients with right hemisphere infarctions. *Stoke* 1984; 15:883-5.

en el cuerpo, se convierten en una sustancia (acroleína) que, al ser excretada a través de la vejiga, puede causar síntomas como irritación de las paredes de la vejiga. La radioterapia en la pelvis también puede producir cistitis.<sup>20</sup>

**d) Alimentación:** Puede que una persona con poco o ningún apetito coma mucho menos de lo acostumbrado, o bien, que no coma nada en lo absoluto. La pérdida del apetito puede deberse a muchas cosas, como a dificultad para tragar el alimento, depresión, dolor o náuseas o vómitos (para obtener más información sobre estas causas, refiérase a las respectivas secciones). También puede deberse a un cambio en el sentido del gusto o el olfato, así como sentirse lleno, crecimiento del tumor, deshidratación, o por los efectos secundarios de la quimioterapia o radioterapia. En la mayoría de los casos, la falta de apetito constituye un problema de corta duración.<sup>21</sup>

**e): Hipodermocclisis:** Es la inserción de una aguja en el tejido celular sub cutáneo se indica para hidratación y medicar.

Es una aguja rígida y corta; con o sin bomba de infusión. Es una Mariposa de 21g-23g-25g; con infusión continua –intermitente-en bolo; siendo este Ritmo de infusión: 25 a 120ml/h según la tolerancia o requerimientos del paciente; con un Volumen promedio es de 1,5 gts/día.

Los sitios de punción a evaluar son: 1- Área infraclavicular –supra mamaria; área per umbilical-(flancos) 3- y ocasionalmente subescapular o interescapular.

**3- Valoración de la piel:** La xerosis cutánea, o piel seca, consiste en un aumento en la sequedad de la piel y/o mucosas, que en ciertos casos puede ser muy intensa. Este desequilibrio entre contenido de agua cutánea y aumento de pérdida

---

<sup>20</sup> “Problemas vesicales” en [www.chemocare.com.es](http://www.chemocare.com.es) acceso en setiembre 2014

<sup>21</sup> American Cancer Society; “El cuidado del paciente en el hogar; una guía para pacientes y sus familias” en [www.cancer.org](http://www.cancer.org) Acceso en setiembre 2014.

puede ser producido por la enfermedad o por el tratamiento. La deshidratación provoca pérdida de brillo cutáneo y de elasticidad, así como descamación de las células superficiales de la piel, pudiendo originar heridas y fisuras ante mínimos roces.

**a) Úlceras por presión:** Se define la úlcera por presión como toda lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel; como consecuencia de lo cual, se produce una degeneración rápida de los tejidos. Se realizará higiene diaria con agua y jabón neutro.

**b) Úlceras malignas:** Se producen por afectación tumoral primaria o por invasión metastásica. El objetivo del tratamiento paliativo de las úlceras debe ser controlar el dolor, olor y el sangrado.

Se valorará la posibilidad de utilizar radioterapia o quimioterapia paliativa para disminuir el tamaño tumoral así como para controlar el dolor y/o el sangrado.

La limpieza de las úlceras neoplásicas se realizará de forma cuidadosa, retirando suavemente los apósitos (con frecuencia es necesario humedecerlos previamente) y a continuación irrigando con suero salino fisiológico a temperatura ambiente (evitar la fricción mecánica de la herida).

Se controlará el exudado: limpieza de la herida con la frecuencia necesaria y se pueden utilizar parches absorbentes de alginato o hidro fibra.

Se controlará el olor: con Metronidazol tópico y/u óralo parches de carbón activado y plata.

Se controlará el sangrado: con gasas impregnadas de ácido tranexámico o ácido amino caproico o sucralfato y apósitos de alginato cálcico.

Si presenta algún punto sangrante se puede cauterizar con nitrato de plata.

Se controlará el dolor: utilizar fármacos analgésicos según la escalera

Analgésica de la OMS. Si las curas son muy dolorosas se debe administrar previamente fármacos analgésicos y en ocasiones es necesario sedar al paciente (midazolam y/o morfina por vía subcutánea) previamente a la realización de la misma.<sup>22</sup>

**4- Valoración de síntomas:** a) **Explicación al paciente:** a) Evaluar antes de tratar, en el sentido de evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológicos concreto (Ej.: disnea por infiltración del parénquima, y/o derrame pleural y/o anemia, etc.).

Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.

b) Explicar las causas de estos síntomas en términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar. No debemos olvidar que el enfermo está preocupado y quiere saber por qué tiene los síntomas. Explicar, asimismo, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia.

c) La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además, deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.<sup>23</sup>

**b) Monitorización:** d) Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas...). La correcta monitorización nos ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento, y mejorar nuestro trabajo al poder comparar nuestros resultados. Requerirá la validación previa por el equipo del instrumento de medida.

---

<sup>22</sup> "Úlceras malignas" en [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com) Acceso en setiembre 2014

<sup>23</sup> *Ibíd.*

e) Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican. Actitudes y conductas adecuadas por parte del equipo (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico, etc.), contribuyen no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además elevan el umbral de percepción del dolor por parte del Paciente.<sup>24</sup>

La rigurosidad y minuciosidad de nuestra actuación tendrá una traducción clínica evidente en nuestros pacientes sobre su nivel de confort, siendo necesario conjuntar una gran experiencia clínica en el manejo de estos pacientes con un alto nivel de sentido común a la hora de tomar decisiones, evitando aquellas medidas de diagnóstico que no vayan a alterar nuestra estrategia de forma notable, así como no retrasando el tratamiento por el hecho de no disponerlas. Es imprescindible que el equipo terapéutico completo elabore, asuma, practique y evalúe los objetivos terapéuticos en cada síntoma y en especial en el caso del dolor.

El cuidado en equipo se realiza en conjunto con el equipo de salud e intenta resolver o paliar los estados patológicos que van apareciendo (micosis, úlceras, anorexia, constipación abdominal, disnea,...) y evitar los problemas que suelen desarrollar con frecuencia los pacientes terminales (bucal, estreñimiento, sangrados, etc.) y aquellos que se realizan con hematólogos, kinesiólogos, radiólogos; como así también problemas de aflicción frente a una nueva realidad donde intervienen psicólogos y psiquiatras.

Podríamos definir las tareas del cuidado en equipo desde la **dimensión psicológica:**

---

<sup>24</sup> *Ibíd.*

**1- Valoración psicológica:** La valoración psicosocial incluye la atención a la familia, información y comunicación, crisis de claudicación familiar y duelo.

**a) atención a la familia:** Se debe trabajar en equipo en la atención de la familia. La primera intervención del equipo será la de valorar si la familia puede emocionar y prácticamente atender de forma adecuada al enfermo en función de las condiciones descritas. Además, ya inicialmente debe identificarse a la persona que llevará el peso de la atención para intensificar el soporte sobre ella y revisar las vivencias y el impacto que se vayan produciendo.

El siguiente paso será planificar la integración plena de la familia, y lo haremos mediante: 1- La educación de la familia; 2- Soporte práctico y emocional de la familia; 3- Ayuda en la rehabilitación y recomposición de la familia (prevención y tratamiento del duelo).

Este trabajo de valoración de la situación familiar debe ir haciéndose periódicamente ya que puede modificarse bruscamente en función de la aparición de crisis.

Se debe educar a la familia; para ello; los aspectos en los que la familia debe tener información clara y precisa según lo expuesto en el apartado correspondiente, que le permita participar en la medida de sus posibilidades son: 1- Alimentación; 2- Higiene y 3- Cuidados directos del enfermo: cambios posturales, curas específicas, hábitos

**b) Información y comunicación:** Comunicar es transmitir a otra persona un mensaje, información, sentimientos, pensamientos o ideas.

El lenguaje no verbal (lenguaje del cuerpo). El 93% de la comunicación es no-verbal mediante expresiones faciales, posturales. Contacto físico, tono de voz y dirección e intensidad de la mirada.

Los profesionales de la salud subestiman el poder del contacto físico como forma de comunicación.

El lenguaje no –verbal incluye: 1- Posición de pie o sentado; 2- Lugar (un pasillo o una habitación); 3- Dirección de la mirada; 4- Atención y escucha y/o Escuchar.

La actitud de escucha adecuada es sentada al lado o en la cama del enfermo, nunca de pie y con los brazos cruzados.

Escuchando conoceremos mejor las respuestas que el enfermo tiene que recibir y si está en condiciones de hacerlo. Hay que escuchar lo que dicen, cómo lo dicen y lo que además implican esas palabras. Escuchar implica una atención despierta, activa, que formula preguntas y sugiere respuestas.<sup>25</sup>

El mismo Silencio es a veces más elocuente que las propias palabras.

Las habilidades en la comunicación son: 1- Escucha activa; 2-- Empatía; 3- Evitar paternalismo; 4- Evaluar grado de información; 5- Identificar lo que sabe, lo que quiere saber y lo que le preocupa; 6- Evitar excesiva emoción; 7- Tiempo dedicado; 8 – Actitud; 9- Contacto físico; 10- Contacto ocular; 11- La expresión facial; 12- Los movimientos de la cabeza; 13- Postura y porte; 14- Proximidad y orientación y 15- Apariencia y aspecto físico.

**c) Crisis de claudicación familiar:** En el transcurso de la evolución pueden aparecer crisis de descompensación del enfermo y/o de sus familiares, en las que se acentúan los problemas o su impacto. Se trata de un desajuste de la adaptación, originado por una situación nueva o por la reaparición de problemas, que es importante saber reconocer porque dan lugar a muchas demandas de intervención médica o técnica, siendo de hecho la primera causa de ingreso hospitalario.<sup>26</sup>

**d) Duelo:** Estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la Pérdida de una persona o cosa amada asociándose a

---

<sup>25</sup> Ibíd.

<sup>26</sup> Ibíd.

síntomas físicos y emocionales. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el Duelo.

Hay cuatro fases secuenciales del Proceso del duelo: 1) Experimentar pena y dolor; 2) Sentir miedo, ira, culpabilidad y resentimiento; 3) Experimentar apatía, tristeza y desinterés; 4) Reparación de la esperanza y reconducción de la vida.

En las manifestaciones del duelo aparecen: a) Sentimientos: Tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad, autor reproche; b) Sensaciones físicas: Estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo, boca seca; c) Cogniciones o pensamientos: Incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas.<sup>27</sup>

**2- Administración de tratamientos médicos:** Cuando el enfermo dice que le duele, quiere decir que le duele.

Es decir, que lo primero que tenemos que hacer es creer al enfermo.

Con demasiada frecuencia infravaloramos el dolor que el enfermo refiere y nosotros no estamos para juzgar al enfermo sino para aliviarle.

**a) Administración de medicación:** El uso de los analgésicos, debe formar parte de un control multimodal del dolor.

Aunque los analgésicos son el eje del tratamiento del dolor en los enfermos de cáncer, siempre deben ser administrados dentro del contexto de "cuidados globales", de "atención integral" al enfermo, prestando mucha atención a las necesidades psicológicas del paciente, escucharle y hablarle (la morfina enviada por correo no es tan efectiva), siendo

---

<sup>27</sup> Ibíd.

Su uso debe ser simple. Los 3 analgésicos de base, son la aspirina, la codeína y la morfina. Los otros son alternativas con los que, sin embargo, se debe tener familiaridad. Es mejor conocer bien pocos fármacos, que tener un conocimiento superficial de todos los disponibles. Se puede, y con frecuencia se debe, mezclar analgésicos periféricos (aspirina) con analgésicos central (opioides). Estos actúan por mecanismos de acción diferentes y potencian sus efectos analgésicos. No se debe, mezclar nunca dos analgésicos opioides.

Algunos son compatibles entre sí (por ejemplo, codeína y morfina).

Las dosis serán reguladas individualmente; siendo tantos los factores capaces de modificar el umbral de dolor en este tipo de pacientes, que con frecuencia las dosis varían mucho de un paciente a otro. <sup>28</sup>

#### **b) Control de síntomas (Ver cuidados autónomos).**

Desde la **dimensión social** se evalúa la capacidad de mantener contacto con su propia **cultura- tradiciones**-sus propios paisajes-costumbres. Se explora su autonomía, sus **afectos**, su **mundo familiar**, laboral, **económico**; a través de la **valoración social**:

**a) Contacto con su propia cultura:** Cultura (en latín: cultura, 'cultivo') es un término que tiene muchos significados interrelacionados. Por ejemplo, en 1952, Alfred Kroeber y emocionar compilaron una lista de 164 definiciones de «cultura» en Cultura: Una reseña crítica de conceptos y definiciones. En el uso cotidiano, la palabra «cultura» se emplea para dos conceptos diferentes:

Excelencia en el gusto por las bellas artes y las humanidades, también conocida como alta cultura.

---

<sup>28</sup> *Ibíd.*

Los conjuntos de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social, incluyendo los medios materiales que usan sus miembros para comunicarse entre sí y resolver sus necesidades de todo tipo.

La importante aportación de la psicología humanista de, por ejemplo, Erik Erickson con una teoría psicosocial para explicar los componentes socioculturales del desarrollo personal.

Cada miembro de la especie podría acceder a ella desde una fuente común, sin limitarse, ejemplo de ello: el conocimiento transmitido por los padres.

Debe poder ser incrementada en las ulteriores generaciones.

Ha de resultar universalmente compartible por todos aquellos que poseen un lenguaje racional y significativo.

Así, el ser humano tiene la facultad de enseñar al animal, desde el momento en que es capaz de entender su rudimentario aparato de gestos y sonidos, llevando a cabo nuevos actos de comunicación; pero los animales no pueden hacer algo parecido con nosotros. De ellos podemos aprender por la observación, como objetos, pero no mediante el intercambio cultural, es decir, como sujetos.

Es importante tener en cuenta la cultura en el usuario/paciente para una atención holística en la fase de una enfermedad terminal.

**b) Tradiciones:** es cada uno de aquellos acuerdos que una comunidad considera dignos de constituirse como una parte integral de sus usos y costumbres. La tradición suele versar genéricamente sobre el conocimiento y también sobre principios o fundamentos socio-culturales selectos, que por considerarlos especialmente valiosos o acertados se pretende se extiendan al común, así unas generaciones los transmitirán a las siguientes a fin de que se conserven y perduren, se consoliden. También se llama tradición a los patrones que pueden formar idiosincrasias, como las

tradiciones: egipcia, griega, romana, etc. El cambio social altera el conjunto de elementos que forman parte de la tradición.

Al igual que en la cultura las tradiciones apoyan al usuario/paciente en una enfermedad terminal.

**c) Afectos y mundo familiar:** La familia es el lugar ideal para forjar los valores, es una meta alcanzable y necesaria para lograr un modo de vida más humano, que posteriormente se transmitirá a la sociedad entera. El valor nace y se desarrolla cuando cada uno de sus miembros asume con responsabilidad el papel que le ha tocado desempeñar en la familia, procurando el bienestar, desarrollo y felicidad de todos los demás.

El valor de la familia se basa en la presencia física, mental y espiritual de las personas en el hogar, con disponibilidad al diálogo y a la convivencia, haciendo un esfuerzo por cultivar los valores en la persona misma, y así estar en condiciones de transmitirlos y enseñarlos. Es crucial la contención familiar en esta etapa de la vida de los pacientes en estado terminal.

**d) Economía:** Cada persona se desarrolla dentro de un contexto socioeconómico y cultural que sufre modificaciones en el tiempo, lo que nos da nuevos sentidos y significados a las costumbres y modos de ser.

El entorno económico es el ambiente en el que se mueven las personas, las familias, las empresas, el gobierno; y donde interactúa cada una de estas unidades generando agregados macroeconómicos.

En estado terminal el mundo económico del usuario/paciente muchas veces se desmorona y hasta es necesario para el sustento y pasaje por esta instancia de vida.

Desde la **dimensión espiritual** se evalúa la capacidad de mantener contacto con sus creencias y miedos pendientes a través de la **valoración espiritual:**

**a) Creencia:** Una creencia es el estado de la mente en el que un individuo supone verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa; cuando se objetiva, el contenido de la creencia presenta una proposición lógica, y puede expresarse mediante un enunciado lingüístico como afirmación.

Frank P. Ramsey propone una metáfora para indicar cómo podemos entender lo que son las creencias en su relación con lo real. Dice que vienen a ser como un mapa grabado en el sistema (en el ADN, o en determinados aprendizajes) que nos guían o mejor nos orientan en el mundo para encontrar la satisfacción de nuestras necesidades. Tales mapas no dicen “lo que son las cosas”, sino que muestran formas de conducta adecuadas a la satisfacción de las propias necesidades en el campo del mundo percibido en la experiencia.

Es vital que al pasar por una etapa de estas características la creencia juega un papel fundamental como apoyo para trascender.

**b) Miedos pendientes:** La palabra fobia derivada de Fobos (en griego antiguo ‘pánico’, que era la personificación del "Tener miedo" en la mitología griega, hijo de Ares y Afrodita) y es un trastorno de salud emocional que se caracteriza por tener miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas como, por ejemplo, a los insectos (entomofobia) o a los lugares cerrados (claustrofobia). También se suele catalogar como fobia a un sentimiento de odio, disgusto, desaprobación, discriminación o rechazo contra algo, que puede ser una actitud basada en prejuicios como, por ejemplo, el caso específico de la xenofobia (el rechazo hacia las personas extranjeras).

Es posible que un individuo desarrolle una fobia sobre virtualmente cualquier cosa. Si bien no es un trastorno de salud emocional, sí genera muchos problemas emocionales, sociales y políticos.

El miedo a la muerte en el final de la vida es un sentimiento presente que debe exteriorizarse con la ayuda de profesionales para tener una muerte digna en la etapa terminal.

### **EL PACIENTE EN EL FINAL DE LA VIDA Y LOS CUIDADOS HUMANOS**

En la actualidad es mejor hablar de situaciones clínicas al final de la vida, donde la enfermedad del paciente al final de la vida se encuentra entre enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía. Enfermedad incurable avanzada. Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo. La enfermedad terminal es una enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

En la situación de enfermo en el final de la vida concurren una serie de características que son importantes, no solo para definir las, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica. Los elementos fundamentales son: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; gran impacto emocional en pacientes, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y pronóstico de vida inferior a 6 meses.<sup>29</sup>

Las fases del enfermo en el final de la vida son: negación y aislamiento; ira y furor, negociación o pacto; depresión y aceptación.

---

<sup>29</sup>Óp. Cit. *Bonilla Merizalde, J; 2011*

El cáncer en fase en el paciente en el final de la vida ocupa el primer lugar en la lista de los casos en los que se hace necesario el acompañamiento a los moribundos.

Además del sufrimiento físico, hay que tener muy en cuenta el dolor moral de este tipo de pacientes.

El carácter agresivo de las quimioterapias modernas descubre al paciente la naturaleza de su enfermedad y le compromete a luchar contra ella de una forma activa.<sup>30</sup> Durante un tiempo el enfermo acepta la situación, sostenido por la esperanza de la curación. Pero llega un momento en que las recaídas son cada vez más frecuentes y dolorosas y en su mente se instala la duda y la desesperanza.

Entonces, entra en un círculo vicioso en el que el sufrimiento moral viene a añadirse al sufrimiento físico.<sup>31</sup>

El cuidado médico y de enfermería debe volver a ser personal, íntimo, informado e individualizado, como primera medida anti sufrimiento de los pacientes en el final de la vida. La labor de los cuidados debería incluir detectar el sufrimiento, ponerle un nombre y validar la necesidad de actuar para mitigarlo siempre que sea posible, mucho más si la práctica profesional nos pone en contacto con la muerte de los pacientes.<sup>32</sup>

Dentro de los cuidados humanos autónomos en los que enfermería interviene se pueden mencionar: los relacionados con la percepción-control de la salud; el nutricional-metabólico; el de eliminación; actividad-ejercicio; sueño-descanso; el cognitivo-perceptivo: el relacionado con la autopercepción: con el rol-relaciones, el de

---

<sup>30</sup>Sociedad Española de Cuidados Paliativos; "Guía de Cuidados Paliativos" en [WWW.SECPAL.COM](http://WWW.SECPAL.COM)/guía de cuidados paliativos: acceso en octubre 2014.

<sup>31</sup>Flórez, J.A. La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Manual de Psicooncología. Madrid: Aula Médica; 1999.

<sup>32</sup>Bonilla Merizalde, J; (2011); "El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito"

sexualidad-reproducción; el de tolerancia ante la situación y el estrés y las relacionadas con valores y creencias.<sup>33</sup>

El esquema bifocal de la práctica clínica, diseñado en 1983, indica las áreas de conflicto entre los diagnósticos de enfermería y los problemas clínicos; llamados en la actualidad problemas interdisciplinarios.

Estos son cuidados dependientes, con indicación de un médico; o en colaboración con otras áreas del equipo de salud. Estos problemas interdisciplinarios son las complicaciones fisiológicas que se han producido o se pueden producir como resultado de situaciones fisiopatológicas relacionadas con el tratamiento y otras. Los enfermeros ejercen un control para detectar su aparición y estado, y cooperan con la medicina para un tratamiento conjunto definitivo.<sup>34</sup>

Conocerlos ayudará a una mejor calidad de atención al paciente en el final de la vida y su entorno y familia y a optimizar estos cuidados humanos para el desarrollo profesional de enfermería.

---

<sup>33</sup>Carpenito, L J; "Diagnóstico de Enfermería", Interamericana, Mc. Graw Hill, 3 ed.; Madrid, 1990.

<sup>34</sup> *Ibíd.*

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

Durante los meses de diciembre -mayo del 2014(revisada Julio-diciembre 2024) previa solicitud de las autorizaciones correspondientes (ver anexo), se realizaron encuestas al personal de enfermería que realiza atención directa a pacientes en el final de la vida adultos del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital “Dr. Enrique Tornú”.

Se realizó un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo.

Fue excluido el personal que no accedió a participar en la investigación y el que, por cualquier motivo, se encontraba bajo una licencia de tiempo prolongado durante el periodo de recolección de datos (por lo tanto, no estaba disponible en su lugar de trabajo).

Se identificó al personal a entrevistar utilizando un listado proporcionado por el Departamento de Enfermería del Hospital “Enrique Tornú”. Todas las encuestas fueron convenidas con antelación, para lo se contactó telefónicamente a cada persona que cumplía con los criterios establecidos para la investigación, en el lugar y durante su horario de trabajo, a través de los internos del mismo hospital. Durante esa comunicación se explicó a cada persona los objetivos del estudio y se la invitó a participar del mismo en forma voluntaria y anónima, asegurándoles, asimismo, la confidencialidad de toda la información que pudiesen verter durante la entrevista a pautar y ofreciéndoles la posibilidad de, una vez finalizada la investigación, tener acceso a los resultados de la misma. Cabe destacar que no fue necesario excluir a ninguna de las personas contactadas pues todas ellas accedieron a participar en la investigación y se pudo pautar la correspondiente entrevista.

Todas las encuestas fueron realizadas en el lugar de trabajo del entrevistado en el momento que el mismo había habilitado para ello.

### **Operacionalización:**

<b><u>VARIABLE</u></b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>SUBDIMENSION</b>	<b>INDICADORES</b>
<b><u>EL CUIDADO HUMANO AL PACIENTE EN EL FINAL DE LA VIDA</u></b>	<b>FÍSICA Y BIOLÓGICA</b>	<b>Valoración de la boca:</b>	<b>Sequedad</b>
			<b>Dolor:</b>
			<b>Infecciones:</b>
		<b>Valoración de Ingresos y Egresos</b>	<b>Confusión por déficit de líquido</b>
			<b>Delirio por déficit de líquido</b>
			<b>Micción</b>
	<b>Alimentación</b>		
	<b>Hipodermocclisis</b>		
	<b>Úlceras por presión</b>		
	<b>Valoración de la piel:</b>	<b>Úlceras malignas</b>	
		<b>Valoración de síntomas:</b>	<b>Explicación al paciente</b>
		<b>Monitorización</b>	
<b>PSICOLÓGICA</b>		<b>Valoración psicológica</b>	<b>Atención a la familia</b>
			<b>Información y comunicación</b>

			<b>Crisis de claudicación familiar</b>
			<b>Duelo:</b>
		<b>Administración de tratamientos médicos:</b>	<b>Administración de medicación</b>
			<b>Control de síntomas</b>
	<b>SOCIAL</b>	<b>Valoración social</b>	<b>Contacto con su propia cultura</b>
			<b>Tradiciones:</b>
			<b>Afectos y mundo familiar</b>
			<b>Economía</b>
	<b>ESPIRITUAL</b>	<b>Valoración espiritual</b>	<b>Creencia</b>
			<b>Miedos pendientes</b>

## **BIBLIOGRAFIA**

- ) American Cancer Society; “El cuidado del paciente en el hogar; una guía para pacientes y sus familias” en [www.cancer.org](http://www.cancer.org) Acceso en setiembre 2014/2024
- ) American Cancer Society; “El cuidado del paciente en el hogar; una guía para pacientes y sus familias” en [www.cancer.org](http://www.cancer.org) Acceso en setiembre 2014.72024
- ) Belcher, A E; “Enfermería y cáncer”; Edit. Doyma; España; 1995
- ) Blass JP, Gibson GE. Cerebrometabolic aspects of delirium in relationship to dementia. Dement Geriatr Cogn Disord 1999; 10:335-8.
- ) Bonilla Merizalde, J; (2011); “El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito” REVISION 2014/2024
- ) Bonilla Merizalde, J; “El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito” Enero – diciembre 2014/2024
- ) Carpenito; L J; “Diagnóstico de Enfermería”; pág 29; Mc Graw Hill; Madrid; 1991
- ) Consejo Internacional de Enfermería; “Definición de Enfermería” En [www.icn.ch/es/](http://www.icn.ch/es/) , acceso: agosto 2014/2024
- ) DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson, 2002. Leido 2024
- ) Finley CM. The neuroanatomy of attention. SEM Speech Lang 2002; 23:89-98.
- ) Flórez, J.A. La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Manual de Psicooncología. Madrid: Aula Médica; 1999. Leido 2024

- J Gibson GE, Blass JP, Huang HM, Freeman GB. The cellular basis of delirium and its relevance to dementias including Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr 1991; 3:373-96
- J Kuerten Rocha, P y cols; "El cuidado y la enfermería", avenferm.; 27 (1): 102-109, 2009
- J Molina, MT; "Historia de la Enfermería"; Inter Médica; Michigan; USA; 1973
- J "Problemas vesicales" en [www.chemocare.com.es](http://www.chemocare.com.es) acceso en setiembre 2014/diciembre 2024
- J R. Buisán, J. C. Delgado; "El cuidado del paciente terminal"; Anales Sis San Navarra; V. 30 supl. 3 Pamplona 2007
- J Schmidley JW, Messing Y. Agitated confusional states in patients with right hemisphereinfarctions. Stroke 1984; 15:883-5.
- J Sequedad de la Boca en [www.cancer.net/es/desplazarse](http://www.cancer.net/es/desplazarse) acceso en Setiembre 2014/2024
- J Sociedad Española de Cuidados Paliativos; "Guía de Cuidados Paliativos" en [WWW.SECPAL.COM](http://WWW.SECPAL.COM)/guía de cuidados paliativos: acceso en octubre 2014. /2024
- J Tune LE, Egeli S. Acetylcholine and delirium. DementGeriatrCognDisord 1999; 10:342-4.
- J OMS; "El cuidado paliativo" en [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/) acceso: en agosto2014/diciembre2024.
- J "Úlceras malignas" en [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com) Acceso en setiembre 2014. /2024

# ANEXOS

## Niveles de categoría.

1° categoría: Valoración de enfermería.

2° categoría:

Entrevista	Observación	Examen físico.
El Pte. lleva la iniciativa. (Solo el Pte. puede indicarnos lo que quiere o no saber.)	Saber si los enfermeros reconocen los estados de ánimo del Pte. y su familia.	Que características tiene en cuentas los enfermeros en un examen físico. (palpitación-observación-auscultación)
Respetar los derechos del Pte. (procurar congruencia informativa). he tiene derecho a saber la verdad o no saberla sino quiere o no puede.	Saber si no habla porque este negativo o siente alguna dolencia física o angustia.	<b>4° categoría.</b> Csvt°-ta-pulso-respiración.
Transmitir siempre esperanza.	Saber se la familia está en proceso de claudicación familiar, reconocerlo, y llamarlos	<b>5° categoría.</b> <b>Técnica de control.</b> <b>Ej. Lavado de manos-frecuencia.</b>
No negar o desoír la expresión de sus emociones y su impacto.	El estado de la piel, si tiene Petequias, ulceraciones, si esta deshidratado. Escaras, si tiene la boca seca. Edemas –localización.	Si conocen la técnica de relajación.
Evitar frases que no consuelan. (Ej. No hay motivo de que preocuparse cuando la flia y el enfermo lo están).	Distensión vesical y/o intestinal.	
Escuchar activamente	Extravasaciones de fármacos en los tejidos.	

Empatizar.	Irritación producida por sondas o catéteres.	
Ser fiable y decir la verdad.	Dilatación de pupilas.	
Utilizar el mismo código que el paciente.	Infecciones.	

## ANEXO

### GUIA DE PREGUNTAS A UTILIZAR EN LAS ENCUESTA.

**1- ¿Qué valoración de la boca realiza en el paciente al final de la vida?**

- Sequedad**
- Dolor**
- Infecciones**
- Otras**

**2- ¿Qué valoración de ingresos y egresos realiza en el paciente al final de la vida?**

- Confusión**
- Delirio**
- Micción**
- Alimentación**
- Hipodermocclisis**

**3- ¿Qué valoración de la piel realiza en el paciente al final de la vida?**

- Úlceras por presión**

- **Úlceras malignas**
- **Otras**

**4- ¿Qué valoración de síntomas realiza en el paciente al final de la vida?**

- **Explicación al paciente**
- **Monitorización**
- **Otras**

**5- ¿Qué valoración psicosocial realiza en el paciente al final de la vida?**

- **Atención a la familia**
- **Información y comunicación**
- **Crisis de claudicación**
- **Duelo**

**6- ¿Qué valoración de administración de tratamientos médicos realiza en el paciente al final de la vida?**

- **Administración de medicación**
- **Control de síntomas**

### Diagrama de GANT: Plan Operativo

Mes/Año	Juli	Agost	Septiembr	Octubr	Noviembr	Diciembr
Actividad	o	o	e	e	e	e
	2024	2024	2024	2024	2024	2024
Presentación Del Proyecto						
Ajuste de los instrumentos						
Recolección de datos						
Análisis de datos						
Procesamient o de datos						
Elaboración de Información						
Difusión de resultados						

Fuente: Alumna CCC Lic. de enfermería

Universidad ISalud 2024

Las siguientes preguntas del cuestionario que se realizaron a los enfermeros del sector de cuidados paliativos del hospital Tornú son de carácter anónimo.

No incluyen datos que permitan identificarlos por los que se solicita total veracidad en las respuestas.

El propósito del cuestionario es conocer como es el cuidado de los pacientes al final d ella vida en todos los turnos del servicio anteriormente mencionado.

**Autorización para realizar una encuesta.**

**Señores jefes del servicio de cuidados paliativos del hospital Tornú y directivos.**

**Yo, Susana Alicia Jaimes, como estudiante del ciclo de complementación curricular para la licenciatura de enfermería de la universidad salud, por motivos académicos dentro de la cátedra del taller de trabajo final integrador .es de interés la realización de un trabajo de Investigación referido a los cuidados humano al final d ella vida para obtener el título de grado.**

**Por el motivo anteriormente citado, les solicito autorización para realizar una encuesta en dicho servicio.**

**Desde Ya, agradezco su atención y quedo a la espera de un apronte respuesta.**

**Buenos Aires Julio 2024**

**Ponderación de datos.**

<b>Puntaje</b>	<b>Resultado</b>
<b>De 1 a 9 (4%-35%)</b>	<b>SI Se aplica el cuidado humano al Pte. al final de la vida en los profesionales de enfermería</b>

De 10 a 18 (38%-72%)	No Se aplica el cuidado humano al Pte. al final de la vida en los profesionales de enfermería.
----------------------	--

**TABLA-Matriz de datos**

**Plan de análisis de datos.**

	Física y biológica				Psicológica		Social	Espiritual	Total
Unidad de análisis	Valoración de la boca. SI/NO	Valoración I Y E SI/NO	Valoración de la piel. SI/NO	Valoración de síntomas. SI/NO	Valoración Psicológica. SI/NO	Administración de Tratamientos médicos. SI/NO	Valoración social. SI/NO	Valoración espiritual. SI/NO	
UA1									
UA2									
UA3									
UA4									
UA5									
UA6									
UA7									
UA8									
UA9									

Fuente: Estudiante del CCC Lic.: En. Universidad ISalud. Año 2024

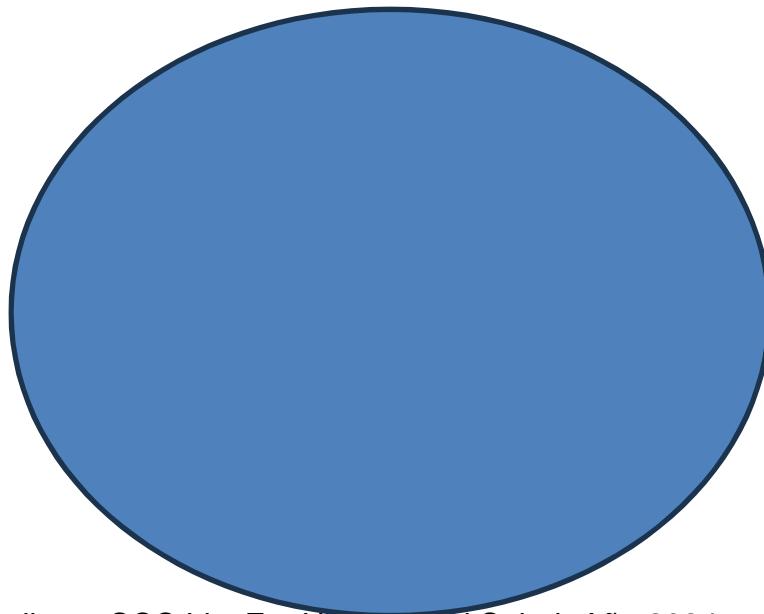
Tabla y gráfico:

Tabla 1. Valoración de la boca.

Variable	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada	Frecuencia relativa-acumulada
SI			Número de personas encuestadas	100%
NO				
Total	Número de personas encuestadas	100%		

Fuente. Estudiante CCC Lic. En. Universidad Salud-Año 2024

Gráfico 1: Valoración de la boca



Fuente: Estudiante CCC Lic. En. Universidad Salud -Año 2024.

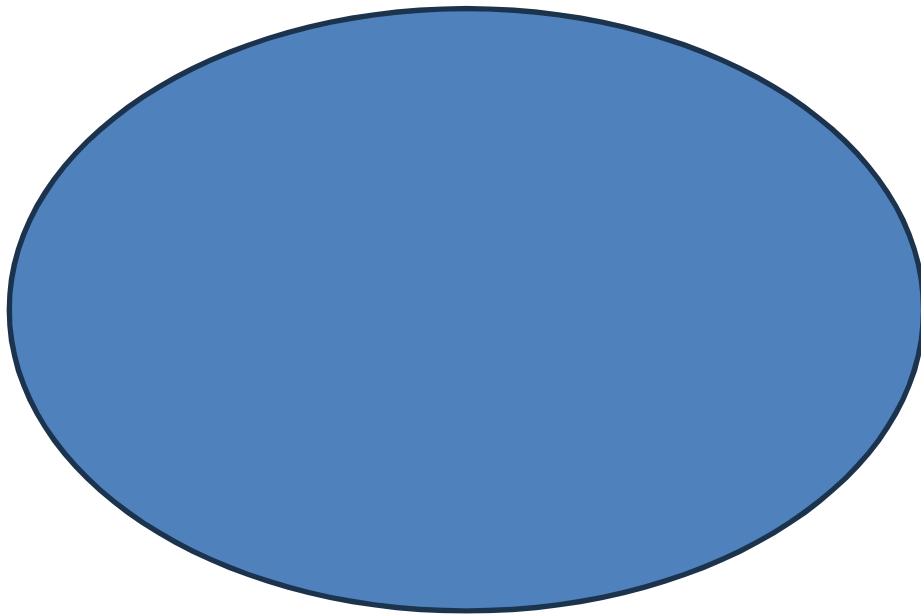
Tabla 2: Valoración de I y E.

Variable	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada	Frecuencia relativa-acumulada.
Si				

No			Número de personas encuestadas	100%
Total	Número de personas encuestadas	100%		

Fuente: Estudiante CCC Lic. En. Universidad Isalud -Año 2024

Gráfico 2: Valoración I y E



Fuente: Estudiante CCC Lic. En. Universidad Isalud Año 2024

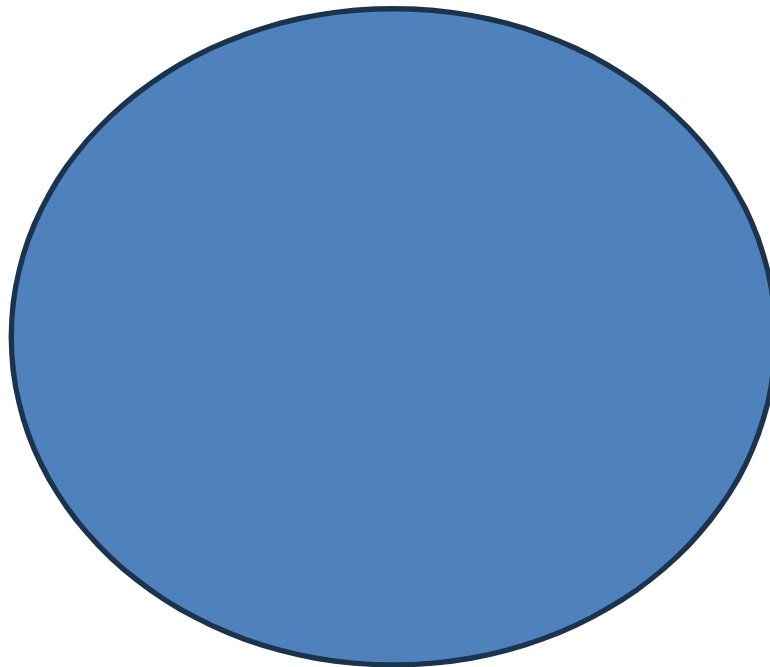
Tabla 3; Valoración de la piel.

Variable	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada	Frecuencia relativa-acumulada

Si			Número de personas encuestadas	100 %
No				
Total	Número de personas encuestadas	100%		

Fuente: Alumna CCC Lic. En. Universidad Isalud. Año 2024

Gráfico 3: valoración de la piel



Fuente: Alumna CCC Lic. En. Universidad Isalud. Año 2024

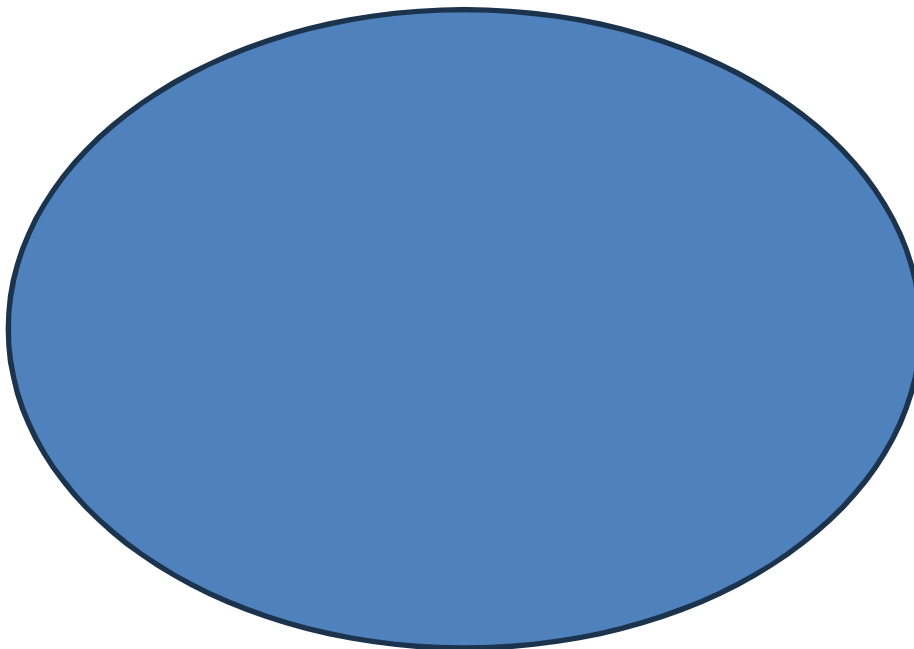
Tabla 4: Valoración de síntomas

Variable	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada	Frecuencia relativa-acumulada
Si				

No			Número de personas encuestadas	100%
Total	Número de personas encuestadas	100 %		

Fuente. Alumna CCC Lic. Lic. Salud Año 2024

Gráfico 4: Valoración de síntomas



Fuente: Alumna CCC Lic. ENF Universidad ISalud. Año 2024

Tabla 5: Valoración Espiritual

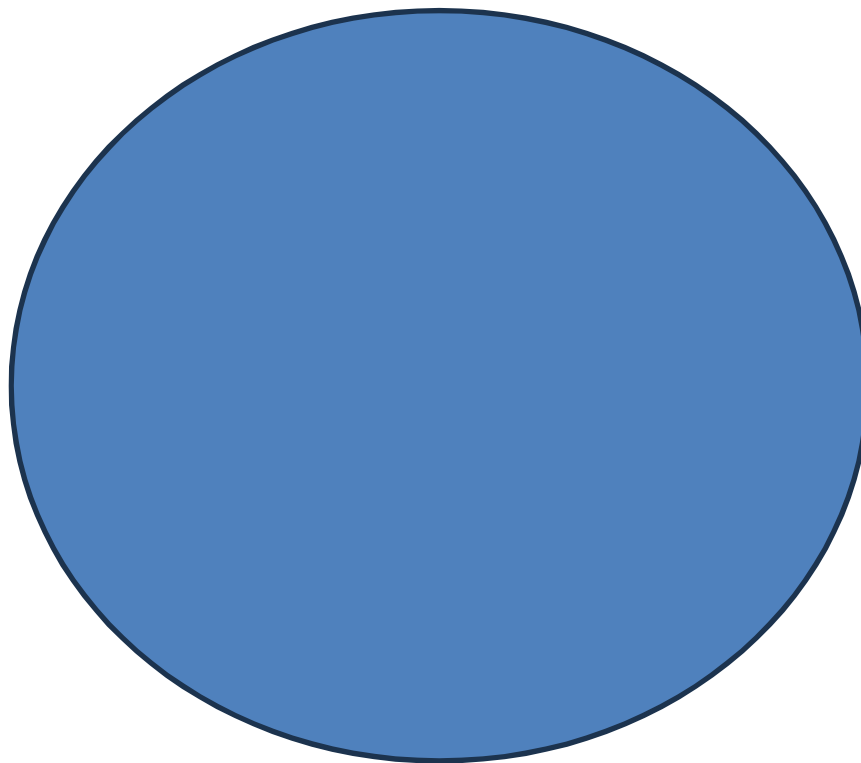
|

Variable	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa-absoluta

Si			Número de personas encuestadas	100%
No				
Total	Número de personas encuestadas	100 %		

Fuente: Alumna CCC Lic. En. Universidad Isalud. Año 2024

Gráfico 5: Valoración espiritual



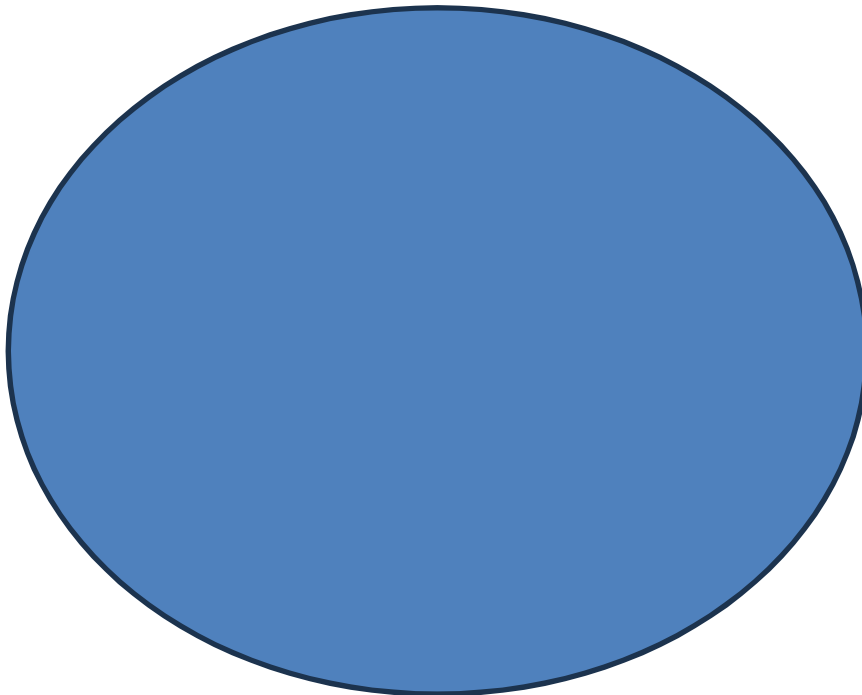
Fuente: Alumna CCC. Lic. Enf. Universidad Isalud. Año 2024

Tabla 6: Administración de tratamientos.

Variable	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa-absoluta

Si			Número de personas encuestadas	100 %
No				
Total	Número de personas acumuladas	100%		

Gráfico 6. Administración de tratamientos.



Fuente: Alumna CCC Lic. Enf.Universidad Isalud Año 2024