



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL,
EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA,
PERIODO OCTUBRE 2013 MARZO 2014.**

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS
EN ENFERMERÍA**

INVESTIGADORAS:

**EHEVERRÍA HARO PAULINA CRISTINA
MORETA COLLAGUAZO MARÍA JOSÉ**

TUTORA:

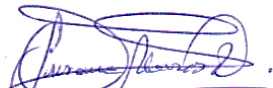
MSC. SUSANA MENESES D.

IBARRA NOVIEMBRE DEL 2014.

APROBACIÓN DE LA TUTORA.

Yo, MSc. Susana Meneses, en calidad de tutora de la tesis titulada: CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL, EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA, PERIODO OCTUBRE 2013 MARZO 2014., de autoría de Paulina Cristina Echeverría y María José Moreta. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Atentamente.



MSC. Susana Meneses

C.I. ...1001278469,



AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	1003169339
APELLIDOS Y NOMBRES:	ECHEVERRÍA HARO PAULINA CRISTINA
DIRECCIÓN:	COTACACHI. CALLE PEDRO MONCAYO ENTRE 9 DE OCTUBRE
EMAIL:	paulychis_03@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2915-189 0980221189

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100321887-0
APELLIDOS Y NOMBRES:	MORETA COLLAHUAZO MARÍA JOSÉ
DIRECCIÓN:	ATUNTAQUI. ANDRADE MARÍN. BARRIO SANTA ISABEL. CALLE GENERAL ENRÍQUEZ.
EMAIL:	majo_mo@yahoo.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	0980501640

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL, EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA, PERIODO OCTUBRE 2013 MARZO 2014.
AUTORAS:	Echeverría, Paulina; Moreta, María José.
FECHA:	2014/11/20
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería.
DIRECTOR DE TESIS:	MSc. Susana Meneses D.

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD


Yo, Paulina Cristina Echeverría Haro con cédula de identidad 100316933-9, y yo María José Moreta Collahuazo con cédula de identidad 100321887-0 en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.


3. CONSTANCIAS

Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 25 de Noviembre de 2014.

LAS AUTORAS:

Firma 
Paulina Echeverría
C.C: 100316933-9

Firma 
María José Moreta
C.C. 100321887-0

ACEPTACIÓN:


Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA

Facultado por resolución de Consejo Universitario



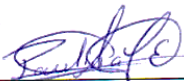
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE


CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Paulina Cristina Echeverría Haro con cédula de identidad 100316933-9, y yo María José Moreta Collahuazo con cédula de identidad 100321887-0, expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado: "CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL, EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA, PERIODO OCTUBRE 2013 MARZO 2014"; que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciatura en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 25 días del mes de Noviembre de 2014.

LAS AUTORAS:

Firma 
Paulina Echeverría
C.C: 100316933-9

Firma 
María José Moreta
C.C. 100321887-0

DEDICATORIA

Cuando queremos alcanzar una meta, el espíritu se engrandece por el deber cumplido, y junto a él, nuestras aspiraciones y esperanzas.

“Este trabajo va dedicado a todas las personas quienes han estado a mi lado en todos los momentos dándome las fuerzas necesarias para seguir luchando día tras día en los momentos más difíciles de mi carrera. A mi Abuelito Paquito que partió al cielo y desde ahí me bendice para cumplir uno de mis sueños ya que el no pudo estar ahí para verlo ser realidad, a mi Madre Adriana Haro quien supo sacarme adelante ya que le toco el gran papel de ser padre y madre para poder hacer realidad este sueños, de ser una gran profesional, ya que gracias a ellos soy quien soy hoy en día, y ellos fueron los que lucharon con todo su esfuerzo para darme mis estudios, educación, alimentación y otras cosas más, son a ellos a quienes les debo todo, por sus horas de consejos, regaños, alegrías y tristezas, de las cuales estoy muy agradecida por brindarme todo el amor incondicional que ellos me han podido dar los cuales me han servido para formarme como ser integral de la cual me siento muy orgullosa”.

Paulina Echeverría.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de tesis en primer lugar a Dios y a la Virgen María. Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la vida para lograr mis objetivos.

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Papá y Mamá.

A mis hermanas, sobrinos, abuelos y amigos. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles por su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

María José M.

AGRADECIMIENTO

“...queremos tanto hablar con los ángeles, que no escuchamos lo que nos están diciendo. No es fácil escuchar; en nuestras plegarias siempre procuramos decir donde nos equivocamos, y lo que nos gustaría que nos sucediera. Pero el Señor ya sabe todo esto y a veces nos pide apenas que escuchemos lo que el universo nos dice. Y que tengamos paciencia todas las batallas en la vida sirven para enseñarnos algo, inclusive aquellos que perdemos...”

Quiero agradecer a Dios por tenerme con vida y haberme guiado por el camino correcto para poder cumplir con una más de mis metas propuestas hasta ahora; y a cada una de las personas que son parte de mi familia: a mi Madre, Adriana Haro; a mi Abuelito Paquito que está en el cielo y desde ahí me da sus bendiciones; a mi Abuelita Julia; a mis Tíos Paquita, Maura, Pedro, Paulo, Vicente y Silvia Haro; a mi hermano Luis Fabián Sánchez; y a Fabián Sánchez quien con su cariño me apoyo en mi carrera, y en general a toda mi familia; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me ha ayudado y llevado hasta donde estoy ahora. A mis catedráticos de la Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud; Carrera de Enfermería, quienes me han ido llevando siempre por el camino del saber, y que sin egoísmo forjan los profesionales del presente y del mañana; por su paciencia durante mi formación y sobre todo por sus sabias enseñanzas que me han convertido en mejor persona. Y un especial agradecimiento a la Msc. Susana Meneses D., por la orientación y ayuda que me ha brindado durante la realización de este trabajo.

Paulina Echeverría.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar un trabajo tan laborioso y lleno de dificultades como es la elaboración de una tesis, es inevitable no sentirse orgulloso de increíble hazaña y entonces empezamos a recordar por todo los sacrificios por lo que tuvimos que pasar. Pero también en ese momento recordamos que esto no lo hubiéramos podido lograr solas pues muchas veces, nos desanimábamos, perdíamos el entusiasmo y es cuando entra Dios, nuestros Padres, hermanos, familia, y toda esa gente que de una manera u otra siempre estuvieron a nuestro lado apoyándonos.

Me complace de sobre manera a través de este trabajo exteriorizar mi sincero agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería y en ella a los distinguidos docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto de manifiesto en las aulas enrumban a cada uno de los que acudimos con sus conocimientos que nos servirán para ser útiles a la sociedad.

María José M.

ÍNDICE

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE	x
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN.....	xv
SUMARY.....	xvi
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema.....	1
1.1. Planteamiento del problema.	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación.....	3
1.4. Objetivos.....	5
CAPÍTULO II	9
2. Marco teórico.....	9
2.1. Antecedentes.....	9
2.2. Base Teórico – Conceptual.....	12
2.3. Marco contextual.....	19
2.4. Dinámica Poblacional.	20
2.5. Misión de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.	21
2.6. Visión de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.	21
2.7. Organización Administrativa.....	22
2.8. Instructivo general para el tratamiento de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas.....	23
2.9. Marco conceptual.....	31
2.10 Definición de cuidados paliativos.....	32
2.11. Objetivos de los Cuidados Paliativos según la OMS	34

2.12. Calidad de vida	35
2.13. Sufrimiento	36
2.14. Definición del dolor.....	36
2.15. Causas del dolor.....	37
2.16. Tipos de dolor	37
2.17. Términos afines al dolor	39
2.18. Cuidados de la piel.....	49
2.19. Atención Paliativa.....	50
2.20. ¿Quién precisa de los cuidados paliativos?	51
2.21. El proceso de la enfermedad terminal.	52
2.22. El proceso de duelo.....	54
2.23. El duelo en la familia.	55
2.24. El papel de la enfermera en los cuidados paliativos	57
2.25. Proceso de atención enfermero antes los cuidados paliativos.	57
2.26. La familia y el Cuidador principal.....	61
2.27. Patrones funcionales.	64
CAPITULO III	67
3. Metodología de la investigación.....	67
3.1. Tipo de investigación.....	67
3.2. Diseño de la investigación.....	67
3.3. Lugar de estudio.	68
3.4. Caracterización.	68
3.5. Población.	68
3.6. Muestra.	69
3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	69
3.8. Procedimiento.	69
3.9. Encuestas.	69
3.10 . Validez y confiabilidad.....	70
3.11. Aspectos éticos.....	70
3.12. Operacionalización de variables.....	71

CAPÍTULO IV	75
4. Presentación de resultados.....	75
4.1. Tabulación, representación gráfica, análisis y discusión de resultados de encuesta aplicada a los miembros de los equipos de salud.....	76
4.2. Tabulación, representación gráfica, análisis y discusión de resultados de encuesta aplicada a familiares de pacientes oncológicos.....	85
4.3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	97
4.3.1. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CÁNCER DE COLON.....	107
4.4. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	147
4.4.1. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CÁNCER DE TIROIDES	153
4.5. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	173
4.5.1. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CÁNCER DE ÚTERO	180
4.6. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	206
4.6.1. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CÁNCER DE MAMA.....	213
CAPÍTULO V	241
5.1. CONCLUSIONES.	241
5.2. RECOMENDACIONES.	242
CAPITULO VI.....	245
6. Propuesta.....	245
6.1. Plan de Intervención	245
6.2. Programa educativo	246
6.3. ¿Qué es lo que queremos lograr?.....	246
6.4. Objetivos.....	247
6.5. “Guía de cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal”	247
BIBLIOGRAFÍA	248
ANEXOS	255
Encuesta dirigida a los profesionales de salud en la unidad oncológica SOLCA Ibarra	255

Encuesta dirigida a familiares de pacientes terminales que acuden al servicio de SOLCA Ibarra	257
---	-----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	77
Tabla N° 2	78
Tabla N° 3	79
Tabla N° 4	80
Tabla N° 5	81
Tabla N° 6	82
Tabla N° 7	83
Tabla N° 8	84
Tabla N° 9	85
Tabla N° 10	86
Tabla N° 11	87
Tabla N° 12	88
Tabla N° 13	89
Tabla N° 14	90
Tabla N° 15	91
Tabla N° 16	92
Tabla N° 17	93
Tabla N° 18	94
Tabla N° 19	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1.....	77
Gráfico N°2.....	78
Gráfico N°3.....	79
Gráfico N°4.....	80
Gráfico N°5.....	81
Gráfico N°6.....	82
Gráfico N°7.....	83
Gráfico N°8.....	84
Gráfico N°9.....	85
Gráfico N°10.....	86
Gráfico N°11.....	87
Gráfico N°12.....	88
Gráfico N°13.....	89
Gráfico N°14.....	90
Gráfico N°15.....	91
Gráfico N°16.....	92
Gráfico N°17.....	93
Gráfico N°18.....	94
Gráfico N°19.....	95

RESUMEN

En el estudio realizado, con el tema: “Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer Terminal, en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra periodo octubre 2013 marzo 2014”, se expone la figura del paciente terminal y los cuidados paliativos brindados por los miembros del equipo de salud y en particular del personal de enfermería de cuidado directo. Es cuando se enfatiza la importancia de los cuidados de enfermería, los cuales cumplen y satisfacen los estadios, relacionados con las necesidades básicas de este tipo de pacientes, en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias. La asistencia sanitaria a dichos pacientes, no se enfatizaba en los cuidados paliativos sino que era solo en controlar el dolor para un mejor bienestar físico del paciente; por lo que ahora ha ido evolucionando y en la actualidad no solo se enfatiza en controlar el dolor sino también en el control de otros síntomas, problemas de orden psicológico, social y espiritual, proporcionando una mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

Los profesionales de enfermería en su rol de desempeño, cumplen con la función de cuidado directo fundamentando su intervención en el proceso de atención de enfermería, como instrumento básico que permite desarrollar su potencial en el ámbito laboral, en la atención al paciente. Siendo importante la aplicación de los cuidados paliativos al paciente terminal, mediante el proceso de atención de enfermería; se expone en el mismo los diagnósticos enfermeros más comunes ante estos pacientes, usando como referencia la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Tomando en cuenta la presencia de sintomatología física avanzada, precisando apoyo social, psicológico y espiritual. El profesional de enfermería debe estar preparado para asistir, entender, acompañar y ayudar desde un punto de vista no solo integral sino considerando al paciente único, es decir individualizando el tratamiento para obtener el mayor bienestar físico y confort, lo que requiere humanización, empatía y dedicación por parte del personal de salud.

SUMMARY

In the study, with the theme: "palliative care in patients with Cancer Terminal in the unit Oncology SOLCA Ibarra October 2013 March 2014 period.", described the figure of the terminal patient and palliative care provided by the members of the team of health and in particular direct care nurses. Presents the most relevant historical events around the historical evolution of palliative care, characteristics, objectives and the different phases through which passes the patient in terminal stage. It is when it emphasizes the importance of nursing care, which meet and satisfy the stadiums, related to the basic needs of such patients, in personalized, comprehensive and continuous way, respecting their values, customs and beliefs.

Health care to these patients, is not emphasized in the palliative care but it was only in pain management for a better physical well-being of the patient; What has now evolved and nowadays not only emphasizes pain management but also in the control of other symptoms, psychological, social and spiritual problems, providing a better quality of life for the patient and their family. Practitioners of nursing in his role as performance, comply with the function of direct care justifying its intervention in the process of nursing care, as a basic tool that allows you to develop their potential in the workplace, care for the patient.

The implementation of palliative care to the terminal patient, through the process of nursing care being important, are exposed in the same diagnostic most common nurses to these patients, using as a reference the taxonomy NANDA, NIC, and NOC. Taking into account the presence of advanced physical symptomatology, pointing out social, psychological and spiritual support. Professional nursing must be prepared to assist, understand, accompany and help from a point of view not only comprehensive, but considering the patient only, i.e. individualizing treatment for the greater physical well-being and comfort, which requires humanization, empathy and dedication by health personnel.

TEMA:
CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL, EN
LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA, PERIODO OCTUBRE
2013 MARZO 2014.

CAPÍTULO I

1. Problema.

1.1 Planteamiento del problema.

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 (Arroyo, 2001).

Los cuidados paliativos, son el alivio que brindados a un paciente que tiene una enfermedad grave o mortal, como el cáncer. Estos se administran desde el momento del diagnóstico, durante el curso de la enfermedad, hasta los últimos días de vida. Estos cuidados son administrados por un especialista que trabaja con un equipo multidisciplinario conformado por médicos, enfermeras, dietistas, farmacéuticos, asistentes sociales, fisioterapeutas, y otros especialistas (Arroyo, 2001).

Los beneficios de la estrategia de cuidados paliativos consisten en brindar un orden técnico, porque disminuye la estadía media, como indicador de la calidad de atención y de aparición de nueva información con el paciente y su familia. “También se notan en el aspecto cultural porque hace que los pacientes acepten la muerte como un proceso natural de la vida y no como parte de un tratamiento frustrado”. Hasta hace algunos años atrás, los pacientes terminales tenían una hospitalización tradicional. Pero la misma no añadía mejora en la calidad de vida de estos enfermos

y su grupo familiar sino por el contrario, muchas veces las empeora. “Debido a esto se ha formado estos equipos de cuidados paliativos que han encarado estratégicamente este problema en casi todos los sistemas de salud del mundo”. La idea de la modalidad de cuidados paliativos es que el enfermo terminal sea tratado por un equipo interdisciplinario en su hogar. “Y que la muerte pueda producirse en un ámbito familiar”, como una etapa más del ciclo vital (Mazza, 2010)

Los cuidados paliativos son aplicables tempranamente en el curso de la enfermedad, en conjunto con otros tratamientos que intentan prolongar la vida, tales como la quimioterapia y las radiaciones, e incluyen estudios necesarios para comprender y manejar mejor las complicaciones clínicas que provocan sus sufrimientos, en síntesis, se puede decir que la estrategia de cuidados paliativos se apoya en tres pilares: El cuidado paliativo de los síntomas y el dolor, el equipo interdisciplinario y la muerte digna, es muy importante “porque los principios éticos que deben ser aplicados sobre un criterio de fondo es el respeto por la vida, la calidad de la misma y la aceptación de la inevitabilidad de la muerte”. Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran el morir como un proceso natural en el que la muerte no se pospone artificialmente” (Mazza, 2010).

De esta manera se pone a consideración datos y cifras estadísticas, que nos indican que, el cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad. Anualmente se contabiliza alrededor de siete millones de casos de cáncer en el mundo y se proyectan al año 2030 donde se estima habrá una población afectada de más de 22,2 millones de personas, lo que representaría el 75% de incremento. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar en las causas de muerte, y se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en el 2008 según la OMS (OMS, 2013).

En lo que se refiere a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra desde el mes de febrero del 2010, se cuenta con un médico oncólogo clínico, encargado del manejo de la quimioterapia así como de los cuidados paliativos y manejo del dolor en pacientes oncológicos terminales. La preocupación persiste ya que en la institución

no se cuenta aún con una unidad de manejo paliativo y control del dolor debidamente implementada y equipada con personal médico y de apoyo, con enfermeras y auxiliares debidamente capacitados. De ser así los resultados obtenidos en el período enero a septiembre de 2012, donde se atendieron 92 pacientes terminales tendrán una tendencia a incrementarse ya que los resultados fueron altamente satisfactorios.

1.2 Formulación del problema

El presente trabajo de investigación busca dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los cuidados paliativos que el profesional de enfermería proporciona en cuanto al alivio del dolor y satisfacción de las necesidades básicas en los pacientes con cáncer terminal en la unidad oncológica SOLCA Ibarra?

1.3 Justificación.

El propósito de este estudio de investigación obedece a tres características: científico, técnico y humanístico. Científico, en el sentido que proporciona conocimientos acerca del cuidado a enfermos oncológicos en fase terminal, en específico a lo que se refiere a la satisfacción de una de las necesidades que más preocupan a la población oncológica y general, como lo es el bienestar sobre todo lo relacionado al alivio del dolor total; además de contribuir con el proceso de atención de enfermería en los cuidados de la salud.

A nivel técnico, permite aportar conocimientos a los profesionales de enfermería para proporcionar cuidados paliativos de calidad a los enfermos oncológicos en fase terminal a través de la generación de nuevos enfoques que permitan organizar actividades y realizarlas para la consecución del principal objetivo de los cuidados paliativos, el cual responde al mejoramiento de la calidad de vida del enfermo, mediante la satisfacción de necesidades y la elaboración de un proceso de atención

de enfermería de cuidados personalizado que incluya también a su familia. En consideración a que el cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte, se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en el 2008. Según declaración de la *OMS* (OMS, 2013).

Mientras que a nivel nacional en el 2009, la última cifra del Registro Nacional de Tumores de SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer) indica que 14 de cada 100 ecuatorianos murieron de cáncer. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, Ecuador posee una de las tasas anuales más altas en Latinoamérica con un 11,6%. El dolor oncológico se presenta en aproximadamente el 25% de los pacientes recientemente diagnosticados de cáncer, en el 33% de los pacientes que ya han sido sometidos a algún tipo de tratamiento oncológico y, en el 75% de los pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas (El Telégrafo, 2013).

De allí que se requiere la implementación del plan de cuidados paliativos en la unidad oncológica SOLCA Ibarra, ya que desde ella se planifica la atención programada y subsecuente de tal modo que el paciente sienta el apoyo directo del equipo profesional y el cuidado de sus familiares, cumpliendo nuestro objetivo planteado en nuestro tema objeto de estudio. Además de contribuir a bajar los niveles de impacto en cuanto a sufrimiento físico y psicológico del paciente terminal, también repercute en la economía familiar por que los costos de las medicinas resultan inaccesibles.

De igual forma hay un número limitado de unidad de cuidados paliativos en el país, la mayoría de ellas no cuentan con un plan de intervenciones que propicie de una manera adecuada los cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal como en: Quito, Guayaquil y Cuenca, representadas por las unidades de SOLCA, el Seguro Social y Ministerio de Salud Pública. La Unidad Oncológica SOLCA Ibarra, no dispone de una unidad de atención integral que determine un algoritmo de manejo de dolor en paciente terminal (Ponce, 2013).

De igual forma hay un número limitado de unidades de cuidados paliativos en el país, la mayoría de ellas no cuentan con un plan de intervenciones que propicie de una manera adecuada los cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal como en: Quito, Guayaquil y Cuenca, representadas por las unidades de SOLCA, el Seguro Social y Ministerio de Salud Pública. La Unidad Oncológica SOLCA Ibarra, no dispone de una unidad de atención integral que determine un algoritmo de manejo de dolor en paciente terminal (Ponce, 2013).

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”; la constitución de la República ordena: “ Que el Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente (Asamblea Nacional, 2011).

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo General.

Establecer los cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal en la unidad oncológica SOLCA Ibarra, periodo octubre 2013 marzo 2014.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Identificar cuantitativamente a los pacientes con cáncer atendidos en la unidad oncológica SOLCA Ibarra.

- Clasificar los casos de pacientes con cáncer terminal por patología en la unidad oncológica SOLCA Ibarra
- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con cáncer terminal en la unidad oncológica SOLCA Ibarra.
- Diseñar los procesos de atención de enfermería de las patologías más frecuentes de cáncer terminal, que se presentan en la unidad oncológica SOLCA Ibarra, haciendo referencia la aplicación de dominios del modelo NANDA NIC NOC y a las escalas específicas de la calidad de vida.
- Elaborar una guía educativa para pacientes, familiares y equipo de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra, sobre Cuidados Paliativos en cáncer terminal como un aporte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte en el autocuidado promoviendo mejorar el proceso en la etapa final de la vida, para proporcionar una muerte digna.

1.5 Preguntas directrices.

- ¿Cómo identifica cuantitativamente a los pacientes con cáncer atendidos en la unidad oncológica SOLCA Ibarra?
- ¿Cómo clasificar los casos de pacientes con cáncer terminal por patología en la unidad oncológica SOLCA Ibarra?
- ¿Cómo identificar las características sociodemográficas de los pacientes con cáncer terminal en la unidad oncológica SOLCA Ibarra?
- ¿Cómo diseñar los procesos de atención de enfermería de las patologías más frecuentes de cáncer terminal, que se presentan en la unidad oncológica

SOLCA Ibarra, haciendo referencia la aplicación de dominios del modelo NANDA NIC NOC y a las escalas específicas de la calidad de vida?

- ¿Cómo elaborar una guía educativa para pacientes, familiares y equipo de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra, sobre Cuidados Paliativos en cáncer terminal como un aporte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte en el autocuidado promoviendo mejorar el proceso en la etapa final de la vida, para proporcionar una muerte digna?

CAPÍTULO II

2 Marco teórico.

2.1 Antecedentes

Se ha reportado las siguientes investigaciones relacionadas con el objeto de estudio, a nivel internacional se realizó un estudio de Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal, se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal en el período de enero a julio del 2005 en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, en la ciudad de la Habana. El objetivo fue valorar la atención de enfermería al paciente, teniendo en cuenta que presentan necesidades físicas, espirituales y emocionales afectadas, que constituye una de las tareas más difíciles en la práctica de enfermería. Como resultado se obtuvo que el 57,6 % del personal no conoce todas las alteraciones psíquicas que presentan los pacientes, se detectaron deficiencias en la comunicación paciente - enfermero, atribuida a la sensación de impotencia ante problemas no posibles de resolver por los enfermeros y sentimientos de lástima, lo que no permite mantener el equilibrio en la relación enfermo – familia - equipo tratante (Castillo & Vásquez, 2012).

La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de Ibarra constituye uno de los principales centros de diagnóstico, tratamiento, prevención y paliación de cáncer en la Provincia de Imbabura, a éste acuden pacientes de toda la región norte del país ya que se lo considera como una sólida infraestructura, sus equipos con sofisticados componentes electrónicos y radioactivos, el espíritu de servicio desinteresado de su directorio, la responsabilidad y honradez de sus ejecutivos y empleados; la intelectualidad, entrega, responsabilidad y amor al prójimo de sus médicos y enfermeras, la abnegación, delicadeza y sencillez de su comité de damas y voluntarias hospitalarias,

constituyen el monumento vivo a la grandeza de su fundador y al esfuerzo del personal de salud (SOLCA, Ibarra, 2012).

Unidad de SOLCA Ibarra existe hace 10 años en la ciudad, es decir en el 2002 se crea un dispensario médico para dar prioridad a los enfermos de cáncer. Ferdinand Loza, director de SOLCA Ibarra, está a cargo de esta unidad de salud que se esfuerza por la atención a estos pacientes, personalmente, pues si se trata de una persona con cáncer avanzado, inmediatamente se le otorga el traslado a Quito ya que cuentan con tecnología más especializada. Además la actual estadística de cáncer en Imbabura, hasta 2009, está liderada por el cáncer de piel, posteriormente está el cáncer mamario y el tercer lugar lo ocupa el cérvico uterino y el cáncer gástrico, por ello el esfuerzo de una detección temprana y oportuna de los diferentes tipos de cánceres en la población imbabureña (Ponce, 2013).

Según las últimas estadísticas de SOLCA, se confirma que durante el año 2012, se atendieron 635 pacientes con cáncer de los cuales 11 son casos de tumores urológico, 19 casos de tumores linfoma, 93 casos de tumores de cabeza y cuello (tiroides, paratiroides, submaxilar.), 94 casos de tumores ginecológicos, 129 casos de tumores mamarios, 136 casos de tumores mixtos (colon y estómago) y 153 casos de tumores de piel y melanomas datos que fueron obtenidos del informe del departamento de estadística SOLCA Ibarra 2012. Es importante mencionar que como principales beneficiarios directos de esta investigación, fueron todas las personas que asistieron a esta unidad operativa de salud. También favoreció a los beneficiarios indirectos que fueron todos los individuos de la familia y de la comunidad en sí. Dado que los cánceres de las diferentes patologías presentan una gran mortalidad, es fundamental detectar la presencia de alteraciones lo más tempranamente posible y tratarlas correctamente. Detectado a tiempo es curable en la mayoría de los casos (SOLCA, Ibarra, 2012).

Este trabajo contribuye con la presente investigación al explicar la importancia de la existencia de un profesional de enfermería entrenado en cuidados paliativos, lo que le permite enfrentar y comprender el deterioro físico progresivo, atender la necesidad

de relación del enfermo y su familia, entender el ciclo de la vida y la muerte; todos aspectos relevantes para asegurar la prestación de cuidados paliativos de forma sostenida y con la mayor calidad posible.

De acuerdo a esto, el dolor total es aquel que parte de una experiencia física y trasciende a otras dimensiones: Dolor físico, dolor psicológico, dolor social y dolor espiritual. El dolor físico, que ha sido ampliamente definido, se entiende como el resultado de una transmisión de impulsos generados después de la aplicación de un estímulo. Dentro de las acciones de enfermería pertinentes en esta dimensión del dolor se encuentran la administración de analgésicos, el proporcionar un ambiente adecuado para el descanso a través de la disminución de ruidos y el respeto por el sueño, la aplicación de masajes así como la aplicación de calor o frío en las áreas afectadas (Junin, 2013)

Así mismo, el dolor psicológico es aquel que está relacionado con: sentimientos, emociones e inquietudes propios del encuentro cercano de la muerte y el sentido de pérdida de control del propio cuerpo y de su destino. El profesional de enfermería basará sus acciones en la comunicación con el enfermo, no sólo para el alivio del dolor psicológico, sino también del dolor social y espiritual, el primero relacionado con problemas familiares, financieros y la pérdida del rol en la familia; el segundo se refiere a todas aquellas preguntas existenciales y del destino del alma. En este sentido, el dolor total suele manifestarse en la preocupación, temor, miedo y angustia a los cambios físicos, al dolor físico, debilidad, a la agresividad de los tratamientos paliativos (quimioterapia y radioterapia) (Alonso, 2013).

La intensidad de este sentir dependen de muchos factores: percepción y significado de su vida, su enfermedad y de la muerte; el ánimo, los valores y creencias; los diferentes estímulos ambientales, la compañía, la distracción, el afecto y los factores modificables del ambiente; por tanto ameritarán de Cuidados Paliativos proporcionados por el profesional de enfermería que comprendan y entiendan el ciclo de la vida y la muerte, con habilidades comunicativas, que le permitan expresar sentimientos y transmitir conocimientos; y a su vez atender a las expresiones

verbales y corporales tanto del enfermo como de sus familiares, logrando con esto mantener un sistema de apoyo para el alivio del dolor total (Ariaza, Cancino, & Sanhueza, 2009).

Por consiguiente el profesional de enfermería debe poseer habilidades para el trabajo en equipo y considerar el mismo como un instrumento básico de trabajo con enfermos oncológicos en fase terminal; que conozca y maneje con agilidad conceptos y temas relacionados a la muerte y el duelo; que tenga un sistema de valores definidos, concordantes con la ética profesional de enfermería y que conserve interés especial en el tema que le permita aligerar la carga emocional que para muchos profesionales implica el trato y cuidado de pacientes oncológicos en fase terminal y lo incite a mantenerse al día en cuanto a la obtención de información para el mejoramiento de las formas de actividad y el logro de los objetivos de Cuidados Paliativos.

2.2 Base Teórico – Conceptual

Hoy en día se conocen las principales causas de las enfermedades crónicas, siendo estas de alta incidencia de muertes no solo a nivel nacional sino también a nivel mundial, en nuestro país es una problemática muy grande el tan solo hecho de cuidar a las personas en fase terminal. Esta definición nos llevó a reflexionar y hacer un análisis de lo que ocurre en nuestro país sobre el cuidado enfermero y cómo este se brinda a aquellas personas con diagnóstico terminal o que se encuentran en fase terminal o muerte. Para empezar tenemos que resaltar la importancia de conocer qué es una enfermedad crónica, pues bien una enfermedad crónica es aquella enfermedad de larga duración, que se extiende en el tiempo por varios meses o años. “No existe consenso respecto de cuánto tiempo debe transcurrir para poder llamarla enfermedad crónica, pero sí se tiene claro que su curación no puede preverse y tampoco se sabe si es que efectivamente podrá sanar” (Tutt, 1012).

Las enfermedades crónicas más frecuentes y las de mayor importancia para la salud publicada en la Región son las siguientes: enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. La hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes para las cardiopatías y afecta entre 8% y 30% de los habitantes de América. Se trata por tanto de un problema que abarca a todos los grupos de edad, si bien afecta predominantemente a los adultos. Producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que la padecen. Las enfermedades crónicas constituyen un desafío importante que ha debido asumir la Salud Pública en el último medio siglo. La enfermedad crónica como un término que engloba las enfermedades de larga duración, asociadas a menudo con un grado de incapacidad con diferentes repercusiones sobre la persona, la familia y la comunidad a la que pertenecen” (Castillo, Jiménez, & Torres, 2007).

La enfermedad crónica incapacitante se encuentra directamente relacionada con los conceptos sobre cronicidad dados ya que es causada por múltiples factores, genera limitación física, aislamiento social y requieren muchas oportunidades del apoyo total o parcial de otros para poder realizar sus actividades básicas. Al hablar de enfermedad crónica se hace referencia a un trastorno orgánico y funcional que modifica el estilo de vida, que es permanente, multi-causal y que requiere largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control. Este tipo de enfermedades trae consigo unas connotaciones, que la hacen en la mayoría de oportunidades ser causa de rechazo, depresión o crisis emocionales de quienes la padecen; porque se conoce que son situaciones de enfermedad largas, que implican tratamientos prolongados, agotadores, que producen dolor, deterioro progresivo, causan limitaciones físicas, pérdida de la independencia o autonomía, y muerte (Pessini & Bertachini, 2009).

Cuando un individuo conoce que tiene una enfermedad crónica se ve enfrentado a un futuro incierto, que se modifica dependiendo el curso de la enfermedad, esta evolución del deterioro físico, conlleva un aislamiento social, donde el individuo tiende a reencontrarse con sí mismo y encontrar un sentido distinto a su propia existencia. Entre las enfermedades con más incidencia es el cáncer la cual es la

causa de 20% de la mortalidad por enfermedades crónicas, y en 2002 había causado unas 459.000 defunciones. La OMS calcula que para 2020 en América Latina y el Caribe se producirá 833.800 defunciones causadas por el cáncer (OMS, 2012).

En la mayoría de informes resalta la enfermedad más terrible de todas, la que toda persona teme es “El Cáncer”, el cáncer es una enfermedad crónica y muchas veces terminal, recopilando 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 (Martel, Ferlay, & Franceschi, 2012).

Hasta constituirse en la segunda causa de muerte, según las cifras oficiales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Aceptando que existe sub registro, sobre un total de 14, 844 muertes por cáncer a nivel nacional, registradas por dicha entidad, en el año 2003, hubo 6,947 muertes de varones y 7,892 muertes de mujeres, que son las que llevan el mayor peso. Igualmente, entre 16,598 muertes por cáncer registradas durante el año 2004, a los varones les correspondió 7,718 muertes y 8,880 a mujeres. Cuando el cáncer no logra controlarse o reaparece y la invasión de células malignas avanza sin que la ciencia médica pueda hacer mucho, se dice que el enfermo tiene un cáncer terminal, se requiere de todo el apoyo y la fortaleza espiritual y emocional (OPS, 2011).

Los enfermos suelen tener dolores muy fuertes, para lo que se utilizan medicamentos diversos que pueden ser administrados oralmente, por vía subcutánea, intramuscular o por vía intravenosa según sea el caso. La atención no solamente debe ser médica, es decir orientada al estado físico, sino también la parte emocional.

En todo caso en donde se presenten enfermedades crónicas y terminales, el momento es sumamente difícil para todos los familiares, por lo que recomienda dar mucha compañía, tener calma, lo que estresa mucho más al enfermo que requiere de todo el cariño y tranquilidad. Es así que, el cáncer ha pasado a ser un importante problema de salud pública en los países en desarrollo, igualando el efecto que tiene en los países industrializados. Además, nos dice que la incidencia del cáncer va a aumentar de forma alarmante en todo el mundo (ESRA- España, 2012).

A las personas con enfermedades crónicas, en fase terminal y muerte se les brinda un cuidado especial, cuando hablamos de enfermedad terminal, el Centro Paliativo la define como 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. Es en estas personas en donde aplicamos el cuidado paliativo sin necesidad de tener un área para dicho cuidado ya que se puede brindar en donde lo requiera el paciente.

Para poder catalogar a un paciente como enfermo terminal, tenemos en cuenta: Diagnóstico seguro de una enfermedad avanzada, progresiva y sin posibilidades de curación. Habitualmente se relaciona a enfermedades oncológicas, pero comprende también enfermedades crónicas (Insuficiencia cardíaca, EPOC, Daño hepático crónico, Insuficiencia renal sin hemodiálisis), enfermedades neurológicas degenerativas (Alzheimer, Accidente vascular encefálico), enfermedades infecciosas en las que se desestima el tratamiento, etc., falta de respuesta al tratamiento específico; pronóstico de vida no mayor a 6 meses; numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes; y por último, gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico (Krikorian, 2012).

Estos conocimientos son importantes y a la vez son insuficientes para poder brindar una mejor calidad de vida a aquellas personas en fase terminal o muerte. La definición de Cuidados Paliativos ha evolucionado a lo largo del tiempo, paralelamente a su aparición en distintos países. No son definidos en relación a un

órgano, a la edad, ni a un tipo de enfermedad, o patología específica, sino en relación a una evaluación del pronóstico probable y con la atención debida a las necesidades de un paciente como individuo y a su familia. También podemos decir que cuando brindamos un cuidado a una persona con enfermedad crónicas en fase terminal y muerte sólo se utiliza el cuidado asistencial, pero un cuidado paliativo no, siendo muchas veces el cuidado asistencial insuficiente para cubrir todas las necesidades que estas personas requieren.

En nuestra realidad, a pesar de no tener un equipo de salud formalmente constituido en lo concerniente a cuidados paliativos se intenta brindar dichos cuidados aunque teniendo en cuenta algunos componentes del mismo, pero no se brinda en su totalidad e incluso se tiende a confundir con un cuidado asistencial orientado a mejorar el bienestar y confort de la persona basado en aspectos del estado físico dejando olvidado otras dimensiones de la persona.

Habría que tomar en cuenta que la definición de cuidados paliativos se ha ampliado considerándose ahora como: un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales. De esta definición se destaca en particular el concepto de calidad de vida; es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad de la persona (Poveda, 2004).

Así mismo presentan objetivos, los cuales son; 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 y dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

Así como la OMS, menciona a la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos quien los define como: “Cuidado Físico y espiritual; hacer y aceptar; dar y

recibir”. Es así que, los Cuidados Paliativos incorporan una concepción multiprofesional e interdisciplinaria en el cuidado de las personas con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva. A partir del trabajo de los diferentes profesionales de la salud actuando en equipo, se podrá brindar los cuidados atendiendo a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona en etapa terminal y su familia (OMS, 2007).

Cabe recalcar, que el cuidado paliativo es un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere. Por lo tanto, los cuidados paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir.

No prolongan la vida ni tampoco aceleran la muerte. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal y en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos. La atención después del fallecimiento es fundamental para los miembros de la familia y algunos amigos. “Los voluntarios juegan un rol importante en el soporte de la familia.” En los últimos años los cuidados paliativos han sido objeto de una evolución y desarrollo y la enfermería no ha sido ajena a este proceso, entre otras cosas porque, las enfermeras(os) son el pilar esencial de los cuidados de soporte de los pacientes en situación terminal, oncológicos y no oncológicos, así como sus familiares (Rocafort & Herrera, 2007).

Enfermería ocupa, dentro del equipo de salud, un lugar de privilegio, ya que es quien permanece la mayor cantidad de tiempo junto al paciente, esto le permite ejercer plenamente el rol de “cuidador”. La tarea de cuidar tiene dos objetivos claramente definidos: ayudar a las personas a afrontar los problemas que les impiden

satisfacer sus necesidades básicas con el fin de que puedan llevar una vida plena, y ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad; ambos objetivos identifican claramente la función básica de enfermería. Entonces decimos que la enfermería en Cuidados Paliativos desarrolla sus actividades en el contexto enmarcado por el cuidado de los pacientes y familias en los cuales la enfermedad progresa inexorablemente hacia un proceso degenerativo o hacia la muerte.

Por otro lado, resulta bastante complejo definir lo que se entiende por calidad de vida, pero una aproximación operacional puede ser concebirla como “la relación existente entre la condición biológica del paciente y la capacidad de buscar y perseguir metas personales específicas, entendiendo éstas como un conjunto de valores materiales, sociales, morales y espirituales que trascienden a la vida biológica”. Así, los pacientes estiman que tienen una buena calidad de vida cuando, basados en su condición médica objetiva, son capaces de desarrollar proyectos vitales importantes de una forma satisfactoria. Actualmente en España, se está realizando una prueba piloto denominado “Saiatu”, que significa cuidados paliativos en casa que ofrece este servicio de forma gratuita en todo el territorio. Es un servicio que mejorará la calidad de los servicios que se prestan en la actualidad, pero lo hará de forma sostenible. En donde se dice; que los cuidados paliativos a domicilio suponen un gran paso tanto para las personas usuarias como para el sistema socio-sanitario en su conjunto (Moreira & Turrini).

Son conscientes de que no se trata únicamente de dar una respuesta médica. En ese momento tan importante de la vida, necesitan profesionales que nos acompañen desde una perspectiva integral: médica, psicológica, humana e incluso espiritual. Los cuidados en el domicilio ofrecen una calidad de vida muy superior a éstas y además ahorran recursos a las arcas públicas que pueden invertirse en otros programas; demuestran que se puede hacer más con menos, esto es verdadera innovación social. En consecuencia, por ser el cuidado de enfermería un acto que implica el abordaje integral de la persona, el tratar de establecer límites precisos entre sus dimensiones, es una tarea inútil que impide apreciar la riqueza del acto

mismo de cuidar. La participación y el afecto como elementos básicos en el cuidado de enfermería, pero el énfasis que hacen en cada dimensión varían de acuerdo con la perspectiva y posición en donde se sitúan con respecto al cuidado y a la profesión misma.

Desde este punto de vista podemos afirmar que la enfermera no practica el cuidado humanitario, solo hace el cuidado clínico que bien sabemos cura a la persona pero no trata el lado espiritual de esta, es decir no lo ve como un ser holístico. Por lo tanto si hablamos de un cuidado no humanitario no podemos decir que la enfermera de hoy realiza cuidado paliativo, siendo este muy importante para estas personas que poseen una enfermedad crónica o terminal (Castillo & Vásquez, 2012).

2.3. Marco contextual

El Dispensario Unidad Oncológica provincial SOLCA Ibarra fue creado en Septiembre del 2001; iniciándose con la atención a pacientes una vez al mes con médicos que acudían de la ciudad de Quito; posteriormente se creó el Comité de Amigos de SOLCA Ibarra ampliando el horario de atención y arrendando un local que se ubicó en la Avenida Atahualpa 24-25, sector las cuatro esquinas.

En el año 2002 se envió al Dr. Douglas Barros de la ciudad de Quito para coordinar la implementación y apertura del Dispensario Médico. El 01 de Abril del 2002 se inaugura este servicio y se crean convenios con otras Instituciones para efectuar procedimientos quirúrgicos; de igual forma se contrata a varios profesionales médicos entre ellos al Dr. Diego Morales (Gastroenterólogo), Dr. Mario Acosta (Intensivista), Sra. Katty Ruiz (Tecnóloga Médica) y Sra. Patricia Montalvo. (Tecnóloga Laboratorista).

Debido al crecimiento progresivo y a la estrechez de las antiguas instalaciones, en el mes de Agosto del 2008 la Unidad Oncológica provincial SOLCA Ibarra, se traslada al antiguo Club de Leones ubicado en las calles Rafael Sánchez y Tobías

Mena, sector Yacucalle. En la actualidad se cuenta con 35 empleados dispuestos de la siguiente manera: 9 médicos especialistas, 4 enfermeras, 2 tecnólogas, 5 auxiliares de enfermería, 11 personas de servicios varios, 1 trabajadora social, 5 administrativos, 1 guardalmacén, 1 mensajero, 1 chofer y 3 guardias de seguridad. (Ponce, 2013).

2.4. Dinámica Poblacional.

En la población en estudio se realiza la disciplina cualitativa o social que se orienta al conocimiento de las características biológicas, sociales, económicas y culturales de los usuarios que acuden día a día a recibir los diferentes servicios que brinda la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra , tomando énfasis en la población de pacientes terminales y su entorno familiar.

La ciudad de Ibarra cuenta con una población aproximada de 181.175 habitantes, divididos en los sectores urbano y rural, sus parroquias son: Ambuquí, Angochagua, La Carolina, Ibarra, La Esperanza, Lita, Salinas, San Antonio. El índice de natalidad en la provincia de Imbabura es del 1,8% de crecimiento anual con gran flujo de migración que reemplaza esa falta de nacimientos. Del total de habitantes, 35.000 son extranjeros o inmigrantes en proceso de legalización. Estos son de nacionalidad española, portugués, colombiana, cubana, peruana, chilena, argentina, entre otras (Ponce, 2013).

La tasa de mortalidad en la provincia es alta, va en un entorno al 3,2 %, cifra mayor a la de la natalidad, siendo los problemas cardíaco – cerebrales y los pulmonares las principales causas de muerte. Es importante mencionar que la cobertura se ha extendido a pacientes que acuden de otros espacios geográficos como de las provincias de Esmeraldas, Pichincha, Sucumbíos, Carchi y sur de Colombia.

La significativa afluencia de pacientes que acuden a SOLCA Ibarra, hace relucir las debilidades de infraestructura que tiene la institución, a ello se suma como es

obvio suponer, la necesidad de contar con otros profesionales especialistas que ayuden a disminuir los tiempos de requerimiento de atención y satisfacer dicha demanda (Ponce, 2013).

2.5 Misión de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

Toda institución que maneja con absoluta seriedad los objetivos para los cuales fue creada, debe traducir en compromisos que reflejen que su accionar es eficiente y efectivo para que los usuarios tomen confianza en el servicio por ella prestado. Por tanto se plantea una misión que es clara y se define así: “Constituirse en una unidad de referencia en el manejo del paciente paliativo y terapia del dolor, sin fines de lucro de manera eficaz, efectiva, y económica.

Promover condiciones de vida saludables en el sector norte de nuestro país y garantizar el acceso a servicios de salud mediante la promoción, educación, prevención, diagnóstico precoz y oportuno del cáncer, con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad ofreciéndole al paciente oncológico una mejor calidad de vida” (SOLCA, Ibarra, 2012)

2.6 Visión de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

El cambio no se logra de la noche a la mañana. Es el resultado de la perseverancia. Pero, la perseverancia no se logra por sí sola. Es el resultado de anhelar algo.

Esta es una manera de resumir el sueño institucional y SOLCA Ibarra, fiel a los principios de servicio social fue creada para ayudar a que los sueños de días de salud mejores sean una realidad. Por ello traza su Visión de la siguiente manera:

Para SOLCA Ibarra la Visión es: “Lograr construir nuestra propia Unidad Oncológica e implementar una unidad de atención integral de manejo de terapia del dolor en pacientes de cuidados paliativos y mantenernos como una institución moderna, modelo y líder en la lucha contra el cáncer, de reconocido prestigio, confianza y credibilidad por su alta especialización, su excelencia en la atención al paciente, por su gestión transparente y su contribución a la formulación de políticas y normas que ayuden a la preservación de la salud pública” (SOLCA, Ibarra, 2012).

2.7 Organización Administrativa

La Unidad Oncológica provincial SOLCA Ibarra es una unidad que depende administrativamente de la ciudad de Quito, al igual que SOLCA Ambato, Riobamba, Santo Domingo de los Tsáchilas y SOLCA Lago Agrio; tienen como objetivo atender a los pacientes de la Sierra Norte y Oriente diagnosticados de cáncer. La administración de SOLCA se realiza desde la planta central, allí se estructuran y diseñan las estrategias y líneas de acción que deben ser ejecutadas en sus sedes provinciales.

Las decisiones de carácter administrativo son de estricta responsabilidad de las autoridades que se encargan de analizar de manera técnica las rutas de trabajo y requerimientos de personal que están acordes primero a la capacidad presupuestaria y en segundo lugar a la demanda del servicio que pueda existir en cada unidad provincial donde funcionan. A pesar de haber dejado de percibir como ingresos fijos los rubros referentes a transacciones bancarias, ello no fue motivo para que la institución decline su accionar, más por el contrario, redefinió su política de servicio cuyos resultados son aplaudidos por la sociedad ecuatoriana (Ponce, 2013).

2.8 Instructivo general para el tratamiento de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas

Considera:

Que la Constitución de la República del Ecuador manda “Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir”; Que el artículo. 50 de la misma Constitución de la Republica ordena: “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

Que la Norma Suprema en el artículo. 361 establece que: “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. Que la Carta Magna en el artículo. 11. dispone que “El contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio.

Que la Ley Orgánica de Salud dispone: “Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Que la Ley *ibídem* manda: “Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y

vigilar su cumplimiento; Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud. Que en el Registro Oficial No. 625 publicado el 24 de enero de 2012, se publicó la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica, Ley 67, para incluir el tratamiento de las Enfermedades Raras o Huérfanas y Catastróficas.

Que la Disposición Transitoria Primera de la citada Ley establece “El Ministerio de Salud Pública, dictará los acuerdos, resoluciones y demás normas técnicas para la efectiva aplicación de la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud para Incluir el Tratamiento de las Enfermedades Raras o Huérfanas y Catastróficas.” En ejercicio de las atribuciones legales concedidas en los artículos 151 y 154 de la Constitución de la República del Ecuador en concordancia en el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva (Asamblea Nacional, 2011).

Expedir el instructivo general para el tratamiento de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas

Del Ámbito y Definiciones

Art. 1.- Ámbito.- El presente Instructivo tiene como objetivo normar la aplicación de la Ley Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud, para incluir el tratamiento de las enfermedades Raras o Huérfanas y Catastróficas, bajo los principios de bioética, costo efectividad, disponibilidad, sostenibilidad, accesibilidad, calidad y calidez. El mismo que será aplicado para todas las entidades del Sistema Nacional de Salud, Red Pública y complementaria (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Art.2.- De las Definiciones.- Para los fines del presente reglamento se considerarán:
Enfermedades catastróficas:

Son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que

por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación. Generalmente cuentan con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras.

Enfermedades raras o huérfanas:

Son aquellas que se consideran potencialmente mortales o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y alta complejidad constituyen un conjunto amplio y variado de trastornos que se caracterizan por ser crónicos y discapacitantes. Sus recursos terapéuticos son limitados y de alto costo, algunos se encuentran en etapa experimental.

Baja prevalencia:

Se considera de baja prevalencia a las enfermedades raras cuando se presentan en una por cada 10.000 personas. Y ultra raras cuando la prevalencia es menor a una por cada 50.000 personas.

Criterios de inclusión para las enfermedades raras o de baja prevalencia:

Son enfermedades generalmente de origen genético; de curso crónico, progresivo, degenerativo con una elevada morbi-mortalidad y alto grado de discapacidad física, mental, conductual y sensorial, que puede comprometer la autonomía de los pacientes;

De gran complejidad, diagnóstica, pronóstica y terapéutica; y que requieren de un tratamiento permanente, seguimiento e intervención multidisciplinaria (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

De la Aplicación de los Derechos

Art. 3.- Del Trato Preferencial.- Todas las Unidades Médicas que forman parte del Sistema Nacional de Salud tienen la obligación de dar un trato oportuno, prioritario y multidisciplinario a las personas que padezcan enfermedades catastróficas y raras (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Art. 4.- De las Obligaciones de los Profesionales de la Salud de informar a los pacientes

Las opciones terapéuticas disponibles y su utilidad;

El alcance de la cobertura financiera;

La duración, complejidad de las patologías; y

El contenido de la Reforma a la Ley Orgánica de Salud, para incluir el tratamiento de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas y de este instructivo (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

De la Autoridad Sanitaria Nacional

Art. 5.- De la Política.- La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá la Política Nacional referente a las enfermedades catastróficas y raras, la misma que será socializada y evaluada cada dos años, o modificada por las reformas de la Estructura de la Función Ejecutiva en general y las del Ministerio de Salud Pública en particular.

La Autoridad Sanitaria Nacional a través de la Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Pública o quien haga sus veces, será la encargada de regular, direccionar, organizar en el sistema nacional de salud, la implementación de la política y ejecución de normas, negociación de convenios, y coordinación de acciones que permitan efectivizar y viabilizar las políticas de salud de estas

patologías, progresivamente a corto, mediano y largo plazo (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Art. 6.- De la Implementación de Servicios.- La Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud o quien haga sus veces, implementará y ejecutará progresivamente servicios de atención médica especializada para estas patologías, de acuerdo a las guías de práctica clínica emitidas por el Ministerio de Salud Pública (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Financiamiento, Promoción y Publicidad.

Art. 7.- Del Financiamiento.- El presupuesto para manejo de enfermedades catastróficas y raras, contará con recursos suficientes y oportunos, provenientes de: Asignación Regular del Presupuesto General del Estado, a través del Ministerio de Finanzas. Donaciones de bienes, asistencia y/o cooperación de instituciones y organismos nacionales o internacionales. Las donaciones serán aceptadas de acuerdo a la normativa institucional que regule al Ministerio de Salud Pública, para este procedimiento se contará con el apoyo de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales de dicha Cartera de Estado. Otras fuentes de financiamiento establecidas en la Ley (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Art. 8.- De las Campañas de Educación e Información.- La Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud o quien haga sus veces en coordinación con la Dirección

Nacional de Comunicación Imagen y Prensa del Ministerio de Salud Pública, será responsable de la planificación, coordinación y vigilancia de las actividades vinculadas a la difusión, información, campañas y propaganda relacionadas con estas patologías. Los organismos no gubernamentales de la sociedad civil y, sociedades científicas, participarán activamente bajo la coordinación de la Autoridad Sanitaria

Nacional en la divulgación y promoción del conocimiento de estas enfermedades (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Educación y Capacitación de los Profesionales de la Salud.

Art. 9.- De las Universidades.- La Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Dirección Nacional de Normalización del Talento Humano o quien haga sus veces, establecerá las necesidades de formación de profesionales de la salud y promoverá las acciones destinadas a su formación a nivel de pregrado, y posgrado en el tema de enfermedades catastróficas y raras en coordinación con la Secretaria Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Art. 10.- De la Capacitación a los profesionales de la salud.- El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Normalización del Talento Humano en Salud o quien haga sus veces, será el responsable de coordinar con las unidades médicas y los profesionales de la salud la elaboración de planes de capacitación y educación continua sobre las enfermedades catastróficas y raras (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Relaciones Interinstitucionales e Internacionales

Art. 11.- De las Relaciones Internacionales.- El Ministerio de Salud Pública a través de la Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, y la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, celebrará convenios de cooperación internacional con unidades médicas, organizaciones y organismos internacionales, que demuestren su interés solidario en actividades relacionadas a estas patologías, con el objetivo de lograr transferencia tecnológica, asesoría técnica, intercambio de información científica, difusión, promoción, capacitación y otros aspectos relacionados (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Art. 12.- De las Relaciones Interinstitucionales.- El Ministerio de Salud Pública se encargará de establecer en coordinación con los Ministerios del Sector Social y otras Secretarías Nacionales, la ejecución de programas de atención y protección social a las familias que tengan entre sus miembros a pacientes que sufren enfermedades catastróficas y raras, mediante la aplicación de políticas de inclusión y cohesión social, igualdad y protección integral (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Investigación Científica

Art.13.- De la Investigación Científica.- La Autoridad Sanitaria Nacional a través de la Dirección de Inteligencia de la Salud o quien haga sus veces, en coordinación con la Secretaria Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología normará, regulará y controlará la investigación relacionada con las enfermedades catastróficas y raras, sólo podrá llevarse a cabo en los centros y unidades debidamente autorizados para el desarrollo de esta actividad. Los proyectos de investigación serán autorizados de acuerdo a la normativa legal vigente, y se establecerán los criterios de priorización en la asignación de los recursos para las investigaciones (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

De la Medicación

Art 14.- De la Adquisición de la Medicación.- La adquisición de medicamentos se regirá de acuerdo al Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, aquellos medicamentos que no estén contemplados en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y los denominados huérfanos serán requeridos por los Comités de Farmacoterapia de cada Unidad Operativa, los cuales informarán de la necesidad de su adquisición a la Dirección Nacional de Medicamentos e Insumos Estratégicos o quien haga sus veces, para las gestiones necesarias a fin de instrumentar su adquisición, de conformidad a la normativa legal dictada para el efecto (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Asesoría y Participación

Art. 15.- De los Comités Técnicos.- Para la valoración diagnóstica y tratamiento de los pacientes se contará con el apoyo de Comités Técnicos Éticos Interinstitucionales conformados por la Autoridad Sanitaria Nacional y que serán los encargados de brindar asesoramiento técnico sobre los temas de su especialidad, a la luz de los avances y progresos técnicos y científicos; así como la inclusión de nuevas patologías (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

De los Cuidados Paliativos y Cobertura

Art.16.- De la Rehabilitación y los Cuidados Paliativos.- La Autoridad Sanitaria Nacional a través de la Dirección Nacional de Discapacidades Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud o quien haga sus veces en coordinación con la Subsecretaria de Gobernanza de la Salud Pública, establecerá y promocionará el acceso a Esquemas de Rehabilitación y Cuidados Paliativos como parte del tratamiento integral que beneficie a los pacientes con enfermedades catastróficas y raras o de baja prevalencia (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Art. 17.- De la Cobertura de Salud y la Medicina Prepagada.- La Autoridad Sanitaria Nacional a través de la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública o quien haga sus veces controlará y regulará la oferta de cobertura de las compañías de seguros de salud y medicina prepagada, para este tipo de patologías. (Constitución Nacional del Ecuador, 2008).

Disposiciones generales

PRIMERA.- De conformidad a lo dispuesto por la Ley de Seguridad Social, cada subsistema de salud cubrirá y financiara la atención de estas patologías. Cuando la

capacidad operativa y resolutive de los servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud sea limitadas; se acudir  a la Red Complementaria.

SEGUNDA.- Para la emisión de las Guías de Práctica Clínica para la atención y manejo de las patologías consideradas catastróficas y raras, el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Normatización o quien haga sus veces, establecerá los lineamientos necesarios para su elaboración y aplicación.

Disposición transitoria

PRIMERA.- El listado de enfermedades Raras y Catastróficas será emitido oficialmente por la Autoridad Sanitaria Nacional cada 2 años, de conformidad con lo establecido en la Disposición Transitoria Primera de la Reforma a la Ley Orgánica de Salud, Ley 67 para incluir el tratamiento de las enfermedades Raras y Catastróficas, para la emisión de la citada lista se observar  los criterios de inclusión dictadas para el efecto, y el reporte de estas patologías desde las unidades de salud, de manera periódica.

La lista promulgada servirá para los beneficiarios de los programas sociales establecidos por el Estado, de la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrar  en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Pública de esta Cartera de Estado. Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, 07 de septiembre del 2012. Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública (Asamblea Nacional, 2011).

2.9. Marco conceptual.

Origen de los cuidados paliativos.

La palabra latina Hospitium significaba inicialmente el sentimiento c ldo experimentado por huésped y anfitrión y luego el lugar físico donde este sentimiento

se experimentaba. La versión griega de lo mismo fue xenodochium y alrededor del siglo IV aparece la primera de muchas instituciones cristianas bajo ambos nombres, hospitium o xenodochium, primero en el territorio bizantino, luego en Roma y finalmente a lo largo de Europa. Estas instituciones serían consideradas los primeros hospicios u hospitales. El probable origen etimológico de la palabra paliativo es la palabra latina pallium, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento (Asociación Española de enfermería en Cuidados Paliativos., 2012.)

2.10 Definición de cuidados paliativos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Española de Cuidados Paliativos como el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo, el control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias (AECC contra el cáncer, 2014).

El manual de la OPS nos dice: Posteriormente la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor (Sociedad Española de cuidados paliativos., 2013).

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.

- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad (Astudillo & Mendinueta, 2012).

Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender, mejor y manejar situaciones clínicas complejas. Si bien los cuidados paliativos han experimentado un gran desarrollo a lo largo de las últimas décadas a nivel mundial, aún no tienen el apoyo suficiente como para responder de forma oportuna y eficaz al número creciente de pacientes que se beneficiarían de ellos. Se define a los cuidados paliativos como a una situación de enfermedad terminal, aquella en la que existe una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, y con pronóstico de vida limitado (menor de seis meses), por causa del cáncer u otras enfermedades incurables (Sociedad Española de cuidados paliativos., 2013).

La filosofía, el fundamento y los objetivos terapéuticos de los cuidados paliativos ayudan a los profesionales de la salud a ofrecer una asistencia de calidad a las personas en el proceso final de la vida, con una visión humanista y científica se aborda el alivio del sufrimiento en todas sus dimensiones. Es por ello que los cuidados paliativos nacieron y se han extendido en relación al enfermo oncológico, aunque en la actualidad siguiendo los consejos de la OMS (Espinari, 2012).

Los cuidados paliativos consisten en la atención activa, global e integral de las personas y sus familiares que padecen una enfermedad en fase terminal cuyos objetivos básicos consisten en el control del dolor y los demás síntomas, el apoyo emocional del enfermo y su familia, y su bienestar y calidad de vida. Representan la respuesta profesional y científica a las múltiples necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales de los pacientes con enfermedad oncológica terminal, por lo que deben ser practicados por los profesionales de la salud en todos los ámbitos y por equipos interdisciplinarios específicos cuando su complejidad lo requiera.

La práctica de los cuidados paliativos requiere una formación específica, la aplicación de la metodología aceptada de la investigación y de la evaluación de resultados, el desarrollo de políticas de calidad y la práctica cotidiana de los principios de la ética clínica. En la medida en que los cuidados paliativos se desarrollan, crece el convencimiento de que con las drogas y las técnicas en la actualidad disponibles es relativamente fácil proporcionar comodidad física al paciente. Sin embargo, aún con eso, la persona puede sentir miedo, soledad o poca autoestima. Los que ahora trabajan en este campo perciben que, además de la atención y control de los síntomas físicos, la filosofía de los cuidados paliativos se preocupa básicamente de la calidad, valor y sentido de la vida (AECC contra el cáncer., 2011).

2.11 Objetivos de los Cuidados Paliativos según la 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 (Sociedad Española de cuidados paliativos., 2013).

Uno de los momentos más difíciles en el cuidado del paciente oncológico ocurre durante la etapa de transición del tratamiento tradicional al tratamiento paliativo cuando la cura ya no es posible y cuando la enfermedad provoca sufrimiento al paciente.

- El paciente que entra en etapa terminal presenta los siguientes problemas:
- 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, familiar y equipo terapéutico ante la posibilidad de la muerte (Sociedad Española de cuidados paliativos., 2013).

2.12 Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multidimensional, dinámico y subjetivo para el que no existe un patrón de referencia y que, en consecuencia, resulta difícil de definir y medir. En este contexto la calidad de vida se centra en diversos aspectos del paciente como la capacidad física o mental, la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. De esta manera, en la calidad de vida pueden identificarse cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual (Fernández, 2006).

2.13 Sufrimiento

El sufrimiento ha sido definido como un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla (Gómez, 2012).

Son fuente de sufrimiento:

- En el paciente: los síntomas físicos (como el dolor), los síntomas psicológicos y el sufrimiento existencial (la desesperanza, el sinsentido, la decepción, el remordimiento, la ansiedad; como la percepción de ser una carga para sí mismo y para los demás).
- En la familia: los factores psicosociales, la tensión emocional, la incertidumbre, el sentimiento de impotencia, el miedo a la muerte del enfermo, la alteración de los roles y estilos de vida, los problemas económicos, la percepción de que los servicios son inadecuados, la pena y el pesar por el deterioro del enfermo (anticipación de la pérdida).

En los profesionales: la exposición constante al sufrimiento y a la pérdida, la frustración, la impotencia y el sentimiento de fracaso, la excesiva presión laboral con la percepción de carencia de recursos (materiales, humanos, tiempo), la dificultad en la toma de decisiones terapéuticas, las dificultades en la comunicación y en la relación con el enfermo y con sus familiares (Gómez, 2012).

2.14 Definición del dolor.

Esta definición incorpora varios elementos: el dolor es una experiencia individual, una sensación, evoca una emoción y esta es desagradable. Habitualmente existe un estímulo nocivo que produce daño tisular o eventualmente lo produciría de

mantenerse. Por otra parte, muchas personas refieren dolor en ausencia de daño tisular o causa fisiopatológica conocida; sin embargo, esta experiencia debe ser aceptada como dolor, puesto que no hay manera de distinguirla de aquella debida a un daño tisular efectivo. Otra manera de expresar el concepto de la naturaleza subjetiva del sufrimiento, es "dolor es lo que el paciente dice que es" (Dagnino, 2013).

2.15 Causas del dolor.

Un paciente con cáncer puede tener dolor a causa del tumor o de las metástasis porque dañan o presionan las estructuras del cuerpo en donde están localizados (músculos, huesos, órganos, vasos sanguíneos, nervios), también puede causar dolor de los diferentes tratamientos como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. Los pacientes oncológicos, como el resto de la población, también pueden sentir dolores de otros tipos que nada tiene que ver con su cáncer como por ejemplo: jaquecas, artrosis, infarto, cólico nefrítico, apendicitis, etc. (International Association for the Study of Pain., 2009).

2.16 Tipos de dolor

Desde el punto de vista fisiopatológico existen:

- Dolor Nociceptivo.- Es aquel que se produce por un aumento de la intensidad de los estímulos nociceptivos (mecánicos, térmicos, químicos), que se traduce por una excitación anormal de los nociceptores periféricos somáticos o viscerales, sin que exista lesión en las vías nerviosas de la conducción del dolor.

- Dolor Somático Superficial.- El dolor somático superficial se origina en los nociceptores de la piel, generalmente responden a estímulos mecánicos, térmicos y químicos.
- Dolor somático profundo.- Proviene de los receptores nociceptivos de músculo esquelético, huesos, cartílagos, y articulaciones; este tipo de dolor es el más frecuentemente experimentado por los individuos a lo largo de su existencia. El dolor somático cumple ciertas características así; es localizado, de carácter agudo bien definido, tiene un curso constante, casi nunca tiene síntomas acompañantes y se localiza en el lugar lesionado.
- Dolor visceral.- Existen menos nociceptores en las vísceras que en la piel y estos receptores tienen un perfil de activación diferente; responden a contracciones y distensiones intensas de la pared de las vísceras huecas secundarias a isquemia y anoxia. Paradójicamente grandes lesiones viscerales no desencadenan respuestas dolorosas proporcionadas en el hígado o en el pulmón. Este tipo de dolor es mal localizado, intermitente u ondulante, tiene carácter cólico y con frecuencia se asocia a cambios vegetativos que se acompañan a respuestas reflejas cardiovasculares y respiratorias.
- Dolor Neuropático.- El dolor neuropático es un dolor crónico que se origina como consecuencia directa de una lesión o una enfermedad que afecta al sistema somato-sensorial. Su incidencia es relativamente alta pues afecta hasta al 5% de la población mundial y su control clínico es difícil. Puede manifestarse como expresión de diferentes enfermedades que ocasionan lesión de los nervios, como secuelas de infecciones virales (neuralgia post-herpética), condiciones metabólicas (diabetes mellitus), alteraciones tóxicas (antirretrovirales), inflamación, cáncer terapia oncológica, trauma y complicaciones post-quirúrgicas.

- Dolor Mixto.- Este se caracteriza por ser una mezcla de dolor tanto somático como neuropático, se presenta cuando existe progresión de la enfermedad sobre todo en el campo de la oncología pues existe cada vez mayor invasión tumoral.

Una historia del dolor detallada y completa, incluye tres grandes cuestiones: intensidad, localización y fisiopatología (Pérez, 2007)

2.17 Términos afines al dolor

- Alodinia

Percepción de un estímulo sensorial no doloroso como dolor, normalmente la modalidad original no es el dolor pero la respuesta sí. En consecuencia, se pierde la especificidad de la modalidad sensorial. En cambio, en la hiperalgesia la respuesta esta aumentada de un modo específico al dolor.

- Analgesia

Ausencia de dolor en respuesta a un estímulo que normalmente seria doloroso. Cuando se produce analgesia, intentando abolir la percepción del dolor, no hay intención de producir sedación. En caso de que esta aparezca será un efecto secundario de la analgesia.

- Ansiedad

Distorsión del nivel de conciencia que se traduce en un aumento de la percepción del entorno y de la reacción inespecífica al dolor. Disestesia Sensación desagradable que puede ser espontánea o inducida. A diferencia de una parestesia, una disestesia es siempre desagradable.

- Hiperalgnesia

Aumento en la percepci3n del dolor frente un estímulo doloroso. En situaciones en que el estímulo se encuentra por debajo del umbral doloroso es preferible utilizar el término Alodinia. Se cree que su causa es la alteraci3n del sistema nociceptor con sensibilizaci3n ya sea central o periférica o ambas.

- Hiperestesia

Presencia de una respuesta aumentada frente a un estímulo leve (aumento de la sensibilidad a la estimulaci3n), excluyendo los sentidos especiales.

- Hiperpatía

Síndrome doloroso que se caracteriza por una reacci3n anormalmente intensa a un estímulo, especialmente si es repetitivo, y la presencia de un umbral aumentado. Puede cursar con hiperalgnesia, hiperestesia, disestesia y alodinia. Es posible presenciar una percepci3n tardía con sensaci3n de irradiaci3n y de persistencia tras la desaparici3n del estímulo (efecto residual).

- Hipoalgnesia

Disminuci3n de la percepci3n del dolor frente a un estímulo doloroso.

- Hipoestesia

Presencia de una respuesta disminuida frente a un estímulo leve, excluyendo los sentidos especiales. (Mesas, 2012).

- Dolor postoperatorio.

Es aquel que se presenta en el paciente quirúrgico debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a la combinaci3n de dichos factores. Este dolor aparece al inicio de la intervenci3n y finaliza con la curaci3n de la patología quirúrgica que lo ha generado. Se caracteriza por ser agudo, predecible y auto limitado en el tiempo. Es básicamente de tipo nociceptivo, asociado con

reacciones vegetativas, psicológicas, emocionales y conductuales. Si no se trata adecuadamente, puede volverse crónico.

- Dolor psicógeno.

Refiere a la situación clínica en la que el dolor constituye el dato semiológico más importante, en ocasiones el único, y en el que no se han observado lesiones orgánicas que justifiquen su presencia. Para clasificar un paciente en el primer subtipo, los factores psicológicos deben haber participado de forma importante en el inicio, la intensidad, la exacerbación o el mantenimiento del dolor. Con ello se establece que en estos pacientes el componente psicológico es predominante y el físico prácticamente inexistente. Birgin, 2004, también lo ha denominado “dolor de etiología desconocida” debido a que en ocasiones acaba por aparecer un trastorno orgánico que justifica su existencia y que con ello se evita una consideración peyorativa que puede perjudicar a muchos pacientes. Los pacientes con dolor psicógeno suelen presentar características psicosociales y rasgos biográficos peculiares por ejemplo una vida difícil con inicio precoz del trabajo físico; así como la existencia de un estilo conductual especial (proclividad a la acción y alejamiento de la introspección) y a la asociación de manifestaciones depresivas. Con frecuencia los pacientes con dolor psicógeno son considerados como simuladores, ya que tras ser sometidos a numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la medicina tradicional es incapaz de ofrecer una definición adecuada o de proporcionar un alivio suficiente (Mesas, 2012).

- Parestesia.

Percepción de una sensación anormal que puede ser espontánea como inducida. A diferencia de la disestesia, la parestesia refiere a una sensación anormal que no sea desagradable.

- Sedación.

Estado de disminución de la conciencia, manteniendo o no los reflejos protectores, la percepción al dolor, la capacidad de mantener la vía aérea permeable y la ventilación espontánea.

- Umbral del dolor.

Experiencia mínima de dolor que puede reconocer un individuo.

- Tratamiento del dolor.

El tratamiento del dolor es multidisciplinario y el objetivo fundamental del tratamiento del dolor sería mejorar la calidad de vida, sin descuidar el hecho de disminuir el sufrimiento del paciente y su entorno. Por lo tanto el medicamento ideal sería aquel que actúe en todos y cada uno de los tipos de dolor, que no tenga efectos secundarios importantes, que se pueda administrar por diferentes vías y que su costo sea accesible a la mayoría de pacientes.

- Tratamientos etiológicos.

Son los que actúan directamente sobre el cáncer o sus metástasis con la finalidad de eliminarlos o de disminuir su tamaño. Los principales son: cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y las nuevas dianas moleculares.

- Tratamiento farmacológico.

Los fármacos utilizados para aliviar el dolor reciben el nombre de analgésicos. Se diferencian dos grupos de medicamentos: los no opioides y los opioides. También existe un grupo de medicamentos no analgésicos que refuerzan o complementan la acción de los dos grupos anteriores, son los analgésicos adyuvantes o complementarios (Alonso, 2013).

Analgésicos no opioides.- Este grupo está formado por los antiinflamatorios no esteroides (AINES), los más habituales son la aspirina, paracetamol, ibuprofeno y metamizol. Cada uno de estos medicamentos tiene una dosis máxima recomendada

al día que no se puede sobrepasar porque no mejora su efecto analgésico y, por el contrario, produce más efectos secundarios no deseados. Los analgésicos no opioides son efectivos para el dolor de intensidad leve y moderada.

Efectos no deseados de los antiinflamatorios (AINES).

- Problemas gástricos, son los efectos secundarios más frecuentes.- En personas especialmente sensibles o predispuestas, aun a las dosis recomendadas, pueden aparecer problemas de estómago (dolor, gastritis, úlcera gastroduodenal, e incluso hemorragia digestiva). A estos pacientes se les medicará protectores gástricos.
- Problemas de coagulación de la sangre, algunos AINES pueden alterar la coagulación, por lo que deben administrarse con precaución en pacientes con tratamientos anticoagulantes.
- Analgésicos opioides.- Se distinguen dos categorías: los llamados opioides menores, como el tramadol o la codeína, y los opioides mayores entre los que se encuentran la morfina, oxicodona, hidromorfina, fentanilo y buprenorfina.

Los opioides menores se utilizan solos o combinados con un analgésico no opioide para tratar el dolor leve- moderado. Los dolores moderados e intensos se tratan con opioides mayores. Ambos tipos de opioides se pueden combinar con los analgésicos adyuvantes. A diferencia de los analgésicos de los analgésicos no opioides y opioides menores, la mayoría de los opioides mayores no tiene límite de dosis.

Efectos no deseados de los opioides.

- Náusea o vómito.- Es un efecto secundario que puede ocurrir en los primeros días de medicación y suele desaparecer sin ningún tratamiento a los 3-4 días,

sin embargo es posible prevenirlos mediante fármacos específicos llamados antieméticos.

- Somnolencia.- Es posible que durante los primeros días el paciente presente somnolencia, la cual suele desaparecer en unos días a medida que el cuerpo se acostumbre al medicamento. Cuando la somnolencia persiste pasados unos días o es muy importante, es posible que la dosis sea excesiva para el paciente y el médico debe ajustarla.
- Estreñimiento.- Es habitual en la mayoría de las personas que toman opioides. No se debe dejar pasar más de 2-3 días sin defecar. Lo ideal en estos casos es administrar un laxante y recomendar comer alimentos ricos en fibra como ensaladas, frutas y verduras.
- Confusión.- En raras ocasiones, y sobre todo en ancianos, los opioides pueden provocar confusión o desorientación (el paciente no sabe dónde está o qué día de la semana es). Para lo cual es preciso comunicar al médico para cambiar el medicamento o bajar la dosis (Morales, 2009)

Analgésicos adyuvantes o complementarios.

Son los medicamentos que se utilizan para ayudar a los analgésicos opioides y no opioides en su acción. Entre ellos se encuentran:

- Los antidepresivos.- ayudan a aliviar el dolor neuropático aunque el paciente no esté deprimido.
- Los anticonvulsivantes.- habitualmente se usan para tratar las convulsiones que se producen en la epilepsia y se ha comprobado que son también útiles en dolores neuropáticos.

- Los corticoides o esteroides.- se utilizan en aquellos tipos de dolor donde exista componente inflamatorio.
- Los anestésicos locales.- aplicados en el lugar del dolor pueden ayudar a conseguir un alivio rápido.

Vías de administración de medicamentos.

- Para la administración de estos medicamentos se debe conocer dosis, vía de administración, frecuencia (horario) y lo que se debe hacer si el dolor no sede.
- La dosis varía de un paciente al otro dependiendo de la patología, peso y estado de salud. La vía de administración puede ser oral, transdérmica (parches), subcutánea, intravenosa, intramuscular y rectal.
- La vía elegida dependerá de la causas, de las características del dolor, en ocasiones se puede emplear varias vías simultaneas (Bezerra, 2009)
- Boca seca

Es uno de los principales indicadores de calidad en cuidados paliativos por su importancia en el confort de los pacientes. Síntoma causado por el mismo tumor o afectación de las glándulas salivares; o por causas indirectas como hipercalcemia, ansiedad y depresión, disnea, deshidratación e infecciones, radioterapia sobre la cavidad oral diferentes fármacos como anti colinérgicos, opioides, diuréticos, anticonvulsivantes y la misma oxigenoterapia. Por ello es recomendable:

 - Hidratación adecuada mediante la ingesta frecuente de líquidos en pequeñas cantidades.
 - Cepillado con dentífrico después de cada comida y limpieza de prótesis.

- Dieta rica en frutas y vegetales crudos.

En caso de placas bacterianas, costras, suciedad. Son útiles algunas soluciones desbridantes: $\frac{3}{4}$ partes de agua + $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada + 1-2 cucharadas soperas de bicarbonato sódico y soluciones antisépticas de hexetidina o clorhexidina. Si hay candidiasis: Nistatina 2.5-5 ml en suspensión realizando enjuagues 2-4 veces al día hasta 2 o 3 días después de curación clínica. Se pueden utilizar soluciones analgésicas como lidocaína viscosa al 2 % especialmente antes de las comidas y sucralfato en suspensión aunque a veces son necesarios analgésicos sistémicos y corticoides (Instituto Nacional del Cáncer., 2014).

- Candidiasis Orofaringea.

Son factores de riesgo que se presentan por haber recibido los tratamientos de quimioterapia o radioterapia, tratamiento antibiótico, uso de corticoides y sequedad de boca (Instituto Nacional del Cáncer., 2014).

- Anorexia y caquexia.
- La caquexia es un estado de desnutrición severa que se caracteriza por la pérdida de peso, lipolisis, pérdida de proteínas musculares y viscerales, anorexia, náuseas crónicas y debilidad. Aparece en el 80 % de los pacientes con cáncer, siendo muy frecuente en la mayoría de los tumores sólidos con la excepción del cáncer de mama.
- Las alteraciones metabólicas, la malabsorción y la disminución de la ingesta calórica son las causas fundamentales, siendo la pérdida de peso un factor de mal pronóstico independiente en relación con la supervivencia.

- Los niveles de albúmina, así como la medición de los pliegues tricípital y subescapular o la circunferencia del brazo pueden ser útiles para la valoración del estado nutricional del paciente y su seguimiento.

La anorexia o adelgazamiento es el segundo síntoma más frecuente en pacientes con cáncer (García, 2009).

- Nauseas – vómitos.
Se presentan en un 60% de los casos terminales y son más frecuentes en el cáncer de mama, estómago y tumores ginecológicos y en pacientes que reciben medicamentos opioides. Aunque en muchos casos su origen es multifactorial, es importante intentar establecer la causa desencadenante para realizar un tratamiento efectivo. Si su control no es posible con antieméticos orales podemos utilizar las vías rectal, subcutánea o intravenosa.
- Secundario amórficos: El 30 % de los pacientes en tratamiento con morfina presentan nauseas durante la primera semana de tratamiento, por lo que se aconseja realizar profilaxis con Metoclopramida en una dosis única nocturna o repartida en varias veces al día VO o IM.
- Secundario a fallo renal: El haloperidol suele ser efectivo.
- Secundario a gastroparesia funcional: Metoclopramida o domperidona 10 mg cada 6h vía oral o 60 mg cada 8 -12 horas vía rectal.
- Secundario a obstrucción gastroduodenal no operable: La Metoclopramida puede ser útil si la obstrucción es parcial. Corticoides como la dexametasona 8-20 mg al día vía oral, IM o IV disminuyen la inflamación o el edema y tienen efecto antiemético.

El Octreótido por vía oral, rectal, subcutánea o intravenosa reducen las secreciones gastrointestinales disminuyendo el volumen del vómito. Si está indicado puede ser necesaria la colocación de una sonda nasogástrica siempre y cuando suponga un alivio para el paciente.

- Secundario al aumento de la presión intracraneal: Dexametasona, hidroxicina 25 mg / 4h vía oral que es un antihistamínico con acción antiemética teniendo en cuenta su gran efecto sedante (Sociedad Americana del cáncer., 2007).

- Disfagia.

Es muy importante poder diferenciar la disfagia (dificultad para poder tragar) de la odinofagia o deglución dolorosa producida por posible esofagitis por reflujo.

- Estreñimiento.

Síntoma muy frecuente, se presenta especialmente en pacientes que reciben opioides, o deberse al tumor mismo, puede causar dolor abdominal tipo cólico, obstrucción intestinal, impactación fecal con incontinencia urinaria, diarrea por rebosamiento e incontinencia, aumento de la anorexia y náusea crónica.

Las causas más frecuentes son la inmovilidad, la dieta pobre en fibra y en líquidos y la utilización de drogas como los analgésicos opioides. También habrá que descartar otras causas como la hipercalcemia, la obstrucción intestinal por compresión extrínseca o intrínseca de la masa tumoral o la compresión medular que puede debutar con pérdida de la sensibilidad rectal y alteración del control del esfínter anal con pérdida del reflejo anocólico cuando la lesión es a nivel de la cola de caballo. Las hemorroides o las fisuras anales son alteraciones que contribuyen a empeorar el estreñimiento (Atención primaria en la red. , 2009).

- Depresión y ansiedad

Es difícil distinguir cuando estos síntomas son parte del proceso de adaptación a la enfermedad y cuando se convierten en estados patológicos que precisan de un

tratamiento psiquiátrico específico. Se pueden presentar manifestaciones somáticas como la dificultad para el control del dolor o la aparición de náuseas y vómitos o manifestaciones psicológicas como la pérdida de interés, dificultad para la concentración, sentimiento de culpabilidad o desesperanza, ideas suicidas. Muchas de estas situaciones se podrían evitar con un seguimiento cercano, prestando el apoyo necesario al paciente y a los familiares y facilitando la información adecuada en cada momento. Técnicas de relajación, masajes, darle oportunidad para expresar sus temores y favorecer un ambiente tranquilo y confortable pueden ser medidas muy útiles. (Escobar, 2009).

2.18 Cuidados de la piel

El mal estado general, la deshidratación, la desnutrición, la inmovilidad, secreciones y exudados, el prurito. Todo esto favorece en el paciente terminal la aparición de erosiones e infecciones en la piel. Los cuidados de la piel en el paciente terminal son de suma importante ya que por el adelgazamiento prolongado su piel esta propensa a la resequedad y sobre todo a adquirir las úlceras por decúbito. Las úlceras por decúbito o escaras son muy comunes en pacientes encamados y se las define como áreas localizadas de necrosis tisular que se desarrolla cuando un tejido blando es comprimido entre una prominencia ósea y una superficie externa por un período prolongado de tiempo.

Esto compromete la circulación sanguínea de la zona con la siguiente isquemia y daño tisular provocando una solución de continuidad de la piel y necrosis subyacente, ambos factores favorecen la infección y con ello mayor daño local y riesgo de sepsis. Para evitar estas complicaciones lo más importante es una higiene adecuada, adoptando las medidas necesarias para evitar una piel muy seca o muy húmeda, una buena hidratación y una dieta rica en proteínas y carbohidratos, suplementos de vitamina C, facilitar la circulación sanguínea mediante masajes o fricciones, evitar roces y arrugas en la ropa de la cama, favorecer la movilidad del paciente y realizar frecuentes cambios posturales, pueden ser muy útiles los

colchones antiescaras o el almohadillado de las zonas más vulnerables (Gómez & Ojeda, 2005).

2.19 Atención Paliativa

La OMS planteaba desde 1990 los cuidados paliativos como el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no respondía al tratamiento curativo, en el que el control del dolor y de otros síntomas y problemas psicológicos, sociales y espirituales era primordial, marcando la diferencia con otros modelos más tradicionales que separaban el tratamiento curativo del paliativo. Se proponía aplicar los cuidados paliativos de forma individualizada según las necesidades de cada paciente, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad y no sólo en los últimos días de vida.

De este modo, se sustituyó el modelo dicotómico por un modelo progresivo desde los estadios iniciales de la enfermedad, demostrando que ambos tratamientos, tanto el terapéutico como el paliativo, no eran mutuamente excluyentes. En función del avance de la enfermedad y de la respuesta del paciente al tratamiento específico, se aplicarán gradualmente las medidas paliativas, redirigiendo los objetivos terapéuticos a la promoción del confort tanto del enfermo como de su familia.

Modelos de atención paliativa

Modelo tradicional

Modelo propuesto

Tratamiento Terapéutico	Cuidado
Tratamiento terapéutico	Cuidados
Diagnostico	Muerte

El control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación, así como los cambios en la organización, adaptándose de forma flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos y un equipo interdisciplinar, son instrumentos claves

para abordar los principios establecidos por los cuidados paliativos. Los objetivos de los cuidados paliativos se centran en la promoción y mejora de la calidad de vida de las personas, para lo cual se hace necesario:

- Información y comunicación adecuadas hacia el paciente y su familia, como unidad a tratar. Proporcionarles respuestas claras y concretas y apoyo emocional, permitiéndoles participar en la toma de decisiones con respecto a su vida y el camino hacia la muerte, de acuerdo con las leyes vigentes.
- Atención integral al dolor y otros síntomas físicos, emocionales, sociales y espirituales. Promocionar en todo momento la autonomía y la dignidad al enfermo.
- Continuidad de cuidados a lo largo de todo el proceso mediante equipos interdisciplinarios y con mecanismos de coordinación entre todos los ámbitos asistenciales y servicios implicados. Favoreciendo un “ambiente” de respeto, confort, soporte y comunicación. Fomentar una concepción terapéutica activa, actitud que lleve a superar el “no hay nada más que hacer”, mediante una actitud rehabilitadora y activa. (Sociedad Española de cuidados paliativos., 2013).

2.20 ¿Quién precisa de los cuidados paliativos?

El aumento del número de pacientes geriátricos y con enfermedades crónicas y degenerativas, incrementan el número de personas que necesitan ayuda en la etapa final de su vida, entrando a formar parte de ese grupo de enfermos terminales. La utilización de este término, así como el propio significado del mismo ha evolucionado a lo largo del tiempo, en función del avance de la medicina y del acceso a nuevos tratamientos.

Tradicionalmente se ha asociado al enfermo terminal con el enfermo oncológico, pero existen otras patologías que en etapas muy avanzadas tienen las mismas necesidades. Como son aquellas en las que se produce algún fallo orgánico, enfermedades neurológicas, degenerativas o por ejemplo SIDA, es decir, que padecen una enfermedad incurable, avanzada y progresiva, con escasas posibilidades de respuesta a tratamientos específicos y pronóstico de vida limitado que precisan de una atención sanitaria específica adecuada a su situación, los cuidados paliativos.

- Entendemos como enfermo terminal aquel que presenta las siguientes características:
- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos síntomas y problemas intensos multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a los meses. (Enfermería cuidados paliativos., 2013).

2.21 El proceso de la enfermedad terminal.

Dado que los cuidados paliativos son prestados al paciente terminal y, entendiendo como fase terminal, aquella que va desde el momento en que aparece una enfermedad que no responde al tratamiento específico hasta el momento de la muerte, distinguimos diferentes sub fases o etapas en la evolución del paciente, pudiendo pasar de una a otra de forma brusca o paulatina tal como representa.

- Etapa inicial de estabilidad.- el paciente no presenta síntomas intensos ni alteración funcional.

- Etapa sintomática o de estado.- comienzan a aparecer complicaciones, que según el grado de alteración funcional que producen, generan sufrimiento.
- Etapa de declive.- las complicaciones se hacen presentes de forma continua, produciendo un deterioro funcional significativo, que altera la capacidad del sujeto para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Etapa final o fase agónica.- se hacen presentes signos más o menos intensos del proceso de morir, con gran deterioro de la situación funcional, y con importantes complicaciones que generan un intenso sufrimiento, conociéndose esta última fase como el estado natural que precede a la muerte.

La agonía es una situación variable, puede durar horas o días, con un pronóstico inferior a 1-5 días. Se debe dirigir a mantener el máximo confort físico, emocional y espiritual, tanto del paciente como de la familia, en definitiva redefinir los objetivos terapéuticos, que nos llevara a utilizar cada vez menos medios técnicos para la sintomatología del paciente y más apoyo a la familia. Este proceso no se da en todos los casos, tan solo en aquellos en los que la muerte se produce de forma gradual, ya que en algunas ocasiones, durante el transcurso de la enfermedad esta se agudiza y sin pasar por la agonía se produce una muerte súbita.

Entre las principales características del paciente en situación de agonía se encuentran:

Deterioro evidente y progresivo del estado físico (con disminución de conciencia, desorientación incluso coma), trastornos cognitivos (confusión, agitación) mayor encamamiento y debilidad, dificultad para la ingesta, estertores, sequedad de boca, dificultad respiratoria y variedad de síntomas en función de la patología de base. Además se intensifican otros síntomas psicoemocionales como la angustia, el miedo y la necesidad de acompañamiento por las personas más allegadas. (SEMI, semFYC, FAECAP., 2013).

La presencia de más de 4 de los siguientes signos determina el éxito en los siguientes 4 días. Aunque un 8% de enfermos muere súbitamente:

- Nariz fría o pálida
- Pausas de apnea (>15 seg/min) -
- Anuria (<300 ml/24h) -
- Somnolencia (>15h/24h)
- Estertores de agónica
- Extremidades frías
- Livideces
- Labios cianóticos

2.22 El proceso de duelo

Es importante entender el proceso de duelo que sufre el paciente ante la vida que va a perder y todos esos deseos y planes de futuro que se quedan en el camino. La empatía que llega a desarrollar el personal de enfermería, hará más fácil todo el proceso de atención y cuidados, ofreciendo una visión más holística. La psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross pionera en los cuidados terminales publicó su investigación “On Death and Dying”, en donde expone su modelo y explica el proceso por el que pasan las personas que se enfrentan al diagnóstico de una enfermedad terminal, y que divide en cinco fase:

1. Negación.- se utiliza como defensa de forma temporal. Fase de Shock, mantiene la esperanza de error en el diagnóstico, buscando a menudo otras opiniones médicas.
2. Ira.- no puede creerlo, expresa sentimientos de ira y envidia por lo que resulta difícil su cuidado. Busca la relación causa-efecto, intentando responsabilizar a alguien de su propia enfermedad.

3. Negociación.- se intenta buscar el pacto para posponer o retrasar la muerte, puede ser tanto con el medico como con Dios, tiene connotaciones infantiles.

4. Depresión.- ante las repercusiones de la enfermedad entra en un estado depresivo. Es común que se aísle más, no quiera recibir visitas, que llore, se lamente, comience un progresivo abandono y pueda llegar a tener ideas suicidas.

5. Aceptación.- finalmente el enfermo acepta la muerte como algo inevitable. Con posterioridad, Kübler Ross, aplicó estas mismas etapas a otras situaciones, como las pérdidas catastróficas y otros eventos significativos en la vida, como divorcios, diagnóstico de infertilidad, pérdida de un ser querido, etc. (Boó, 2013).

2.23 El duelo en la familia.

Se entiende el duelo como la reacción natural, normal y esperable de adaptación a la pérdida de un ser querido que sufren familiares y amigos antes, durante y después de su fallecimiento. Es una experiencia de sufrimiento total, entendiéndose por tal el proceso físico, psicoemocional, socio familiar y espiritual por el que pasa el doliente en esos momentos; e incluye el conjunto de expresiones conductuales, emocionales, socio familiares y culturales del mismo. (Boó, 2013).

Las principales manifestaciones de duelo aparecen a través de:

- Sentimientos.- Tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad y autor reproche.
- Sensaciones físicas.- estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, sentido de despersonalización, hipersensibilidad a los ruidos, sensación de ahogo y boca seca.
- Cogniciones o pensamientos.- confusión, incredulidad, preocupación, alucinaciones visuales y auditivas.

- Comportamiento o conductas.- sueños con el fallecido, trastornos del apetito, suspiros, hiperactividad y llorar. Frecuentar los mismos lugares del fallecido.

No existe una forma única de duelo; la forma en que lo experimenta cada persona depende del grado de implicación con el fallecido, de la situación en la que se produce la pérdida y de que la pérdida sea esperada o no. En el proceso de duelo normal se distinguen tres fases:

- Fase inicial o inmediata.- Es la fase de no aceptación, mezcla de negación, rechazo y auto reproche que puede durar entre días o semanas. Comienza desde el momento en que se produce la pérdida.
- Fase intermedia.- Comienza varias semanas tras la pérdida y dura hasta aproximadamente un año. En esta fase predominan el dolor y la depresión. Se inicia la aceptación, pero se reviven los recuerdos.
- Fase estable, tardía o de recuperación.- Es un período de adaptación a la nueva circunstancia. Vuelven a reorganizar su propia vida y el grado de recuperación es mayor, cuando la persona comienza a involucrarse socialmente.

Tanto el orden en que aparecen estas fases, como la duración e intensidad vivida por cada persona es variable, no se debe intentar acortar ni alargar cada una de ellas, es un proceso que debe completarse. Así mismo existen personas que sufren duelos anticipados que se producen antes de la pérdida, duelos retardados y duelos patológicos, cuando la falta de adaptación a las nuevas circunstancias y el desequilibrio físico y emocional tiene una duración superior a dos años. (Boó, 2013).

2.24 El papel de la enfermera en los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos concentran una visión multiprofesional e interdisciplinaria en el cuidado de las personas con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y en etapa terminal. Todo el equipo de atención juega un papel fundamental en este tipo de situaciones, pero el profesional de enfermería es el miembro del equipo sanitario más próximo, que permanece mayor cantidad de tiempo y en estrecho contacto con el paciente y la familia, asumiendo todos los cuidados necesarios en el proceso, para sobrellevar la enfermedad incluso después de la muerte.

Las funciones de la enfermería en los cuidados paliativos van más allá de la puramente asistencial que es la más relevante para el paciente y la familia, extendiéndose a otras menos importantes, como son la docente, administradora e investigadora. El personal de enfermería tiene entre sus funciones los cuidados domiciliarios a pacientes paliativos. La función de la enfermería es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales. (Guanter, 2013)

2.25 Proceso de atención enfermero antes los cuidados paliativos.

Los planes de cuidados, son las estrategias más adecuadas de actuación enfermera siendo una modalidad de atención a través de la cual la enfermería organiza los cuidados a brindar a la persona con enfermedad terminal. En este proceso de atención distinguimos la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación.

- Valoración inicial.- Es el inicio del proceso enfermero. Aquí se detectan problemas y necesidades reales y potenciales en las áreas físicas, psico-

emocionales, espirituales y sociales. Se deben explorar las estrategias de afrontamiento y los recursos del paciente y de la familia así como examinar sus preocupaciones.

Las principales áreas a valorar ante un enfermo terminal son el estado global funcional, las necesidades y alteraciones orgánicas y su situación y necesidad en relación a su entorno. La valoración del estado del paciente se puede realizar siguiendo los patrones funcionales de Gordon, con especial atención en el estado psicológico y el grado de información que tiene sobre su enfermedad. Esta valoración integral puede basarse también en las necesidades básicas de Virginia Henderson, ya que ambas valoraciones son equivalentes en su contenido clínico. (National institute of nursing research, 2011).

Además, pueden utilizarse escalas, específicas o generales para valorar otros aspectos de la situación de los pacientes. Escalas específicas para el paciente terminal:

- KARNOFSKY.- Valora la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas, guiando en la toma de decisiones clínicas al valorar el impacto de un tratamiento y la progresión de la enfermedad del paciente. Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los seis meses siguientes.
- ECOG.- Mide la calidad de vida de un paciente oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días (Cadena, 2012)

La observación forma parte de una correcta valoración, la cual resulta imprescindible para recoger a tiempo las señales de petición de ayuda, ya que si el enfermo no obtiene respuesta lo percibirá como un abandono y se cerrará en sí mismo haciendo difícil la comunicación que, además, puede confundirse con aceptación de su situación. Durante la fase de valoración, se debe tener en cuenta el

derecho de estos a ser o no, informados, antes de tomar una decisión, se debe valorar y cuestionar si el enfermo quiere o no recibir más información, qué es lo que quiere saber y si está preparado para recibir esta información. Sabiendo que finalmente, si se informa al enfermo, se fortalecerá su autoestima, podrá tomar decisiones y compartir su carga hablando de lo que le preocupa y facilitando posibles soluciones paliativas se producirá así la caída del “muro del silencio” que lo mantenía aislado en su soledad interior, consiguiendo liberar a la familia de la tensión por la que cursa. Además se favorece el proceso de duelo tanto del enfermo como de la familia, evitando la aparición de duelos patológicos.

- Diagnósticos de enfermería.- Se analizan los datos, se establece el juicio clínico y se elabora el diagnóstico de la situación real del paciente. Los diagnósticos que más frecuentemente pueden encontrarse junto con los principales objetivos e intervenciones, con sus indicadores y actividades correspondientes, siguiendo la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

La búsqueda intencionada de los síntomas, a través de preguntas dirigidas, favorece una mejor valoración. Dado que son cambiantes en el tiempo, ya sea por la evolución de la enfermedad, debidos a efectos secundarios del tratamiento, por las propias vivencias del paciente o del cuidador e, incluso, por la forma de interaccionar con los profesionales sanitarios, la evaluación y reevaluación constante es una necesidad fundamental en los cuidados paliativos (National institute of nursing research, 2011).

Una vez conocidos los principales síntomas, los principios generales para el control de síntomas son:

- Evaluar antes que tratar.- buscar la causa, valorar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma. Valoración integral del paciente y los síntomas.

- Explicar las causas de estos síntomas.- comunicarnos con el paciente y la familia, en términos que puedan comprender.
- Dar instrucciones correctas, sencillas y completas del tratamiento.
- La estrategia terapéutica siempre será mixta.- en cuanto a la situación de enfermedad terminal y específica de cada síntoma existente, así como tratamiento preventivo reconociendo síntomas constantes en el tiempo.
- El tratamiento individualizado.- adaptándose a cada paciente según su situación.
- Monitorización de síntomas.- a través del uso de instrumentos de medida estandarizados y su correspondiente registro. (al comparar resultados nos permitirá mejorar nuestro trabajo y clarificar el objetivo).
- Atención a los detalles.- nos permitirá un mayor control de los síntomas y reducir efectos secundarios, no solo a nivel fisiológico, también es importante una escucha activa y el contacto humano.
- Revisar siempre y recordar no limitar el tratamiento al uso farmacológico.
- Planificación de los cuidados.- Se determinan los resultados deseados e identifican las intervenciones para lograr los resultados. Se establecen las acciones e implementan respondiendo a los objetivos planteados, formulando un plan de actuación. Implica la participación de la familia y de los cuidadores principales en el domicilio.
- Ejecución.- Puesta en práctica del plan y observación de las respuestas iniciales. Se facilitan los cuidados que ayudan a satisfacer las necesidades del

paciente y de la familia, y lograr los objetivos propuestos. Se debe tener muy en cuenta la continuidad de cuidados.

- Evaluación final.- Determinar en qué grado se van logrando los objetivos y decidir si hay que introducir cambios. Valorar las respuestas satisfactorias hacia las intervenciones del equipo que se ponen de manifiesto a través de un proceso de muerte digna y en el lugar y de la forma que el paciente haya elegido. La unidad del tratamiento es el paciente y la familia, por lo cual el proceso incluye a ambos en una visión global. Es necesario realizar revaluaciones continuas, ya que se trata de un paciente plurisintomático y multicambiante. (Sociedad Española de oncología médica, 2010).

2.26 La familia y el Cuidador principal.

La familia es uno de los pilares básicos en el cuidado del enfermo terminal. Es indispensable para la aplicación de cuidados paliativos adecuados, ya que sin su apoyo sería imposible una correcta atención domiciliaria. El apoyo de la familia en el cuidado del enfermo, reduce la sensación de culpabilidad y facilita el proceso de duelo posterior. Se debe educar a la familia para esta tarea, debe tener información clara y precisa.

La potenciación de los programas de formación, información, asesoramiento y apoyo técnico facilitan la continuidad de su labor, además de influir en la mejora y el control de síntomas por parte del paciente. Esta educación enfermera dirigida a la familia o cuidador principal debe atender sobre los miedos, el confort o bienestar, la higiene y las dietas. Todo ello sin olvidar orientarles hacia una correcta comunicación con el enfermo.

- Por este motivo se debe llevar a cabo con la familia o cuidador un plan de cuidados enfermeros.

En la valoración, se debe tener en cuenta el sexo y edad, así como su nivel educativo actividad laboral, grado de parentesco con paciente, su estado de salud y la valoración emocional, además de tener presente las necesidades del enfermo, para poder identificar las principales dificultades que se le puedan presentar ante su cuidado. Una vez recopilados todos los datos de la valoración y estableciendo un juicio clínico acorde a la situación real se establece el diagnóstico enfermero. En esta situación, el diagnóstico enfermero que más se adapta y ante el cual se debe estar alerta es el de “Riesgo de cansancio del rol de cuidador”, para desarrollar los cuidados adecuados que eviten que el diagnóstico de riesgo se convierta en un diagnóstico real.

El cuidador en muchas ocasiones con la intención de brindarle al ser querido el mejor de los cuidados, y desarrollar el rol de la mejor manera que cree, se olvida de su propia vida, intensificando esta situación en el transcurso de la enfermedad. El cuidador tiende al aislamiento social, disminuyendo sus actividades y rutinas habituales, alterando su situación laboral y por consiguiente económica. Ante todos estos cambios, es preciso un control de los síntomas que en muchos casos llevan a la sobrecarga del cuidador. La enfermería debe estar alerta ante estos nuevos síntomas, tomando en cuenta los problemas de colaboración, ante los cuales debe hacer frente junto con el resto del equipo sanitario, además de con sus propias intervenciones.

La mayor parte de estos cambios son negativos, sin embargo es importante destacar que no todos los cuidadores lo viven de igual manera; a pesar de la dureza, algunos manifiestan haber crecido como personas, viviendo el desarrollo de este rol como una lucha por alguien a quien se quiere y ayuda.

La sobrecarga del cuidador puede ser física, mental y social, según las cuales se presentan los principales síntomas:

- Sobrecarga física.- Se destaca con un agotamiento físico, derivado de la acción de cuidar, con la dificultad añadida de cuidar en el domicilio. Este

esfuerzo continuado, unido a las responsabilidades sociales y familiar, conducen al deterior físico del cuidador.

- Sobrecarga mental.- Muchos aspectos de la sobrecarga mental, son resultado del desgaste físico. Sin embargo, el sentimiento de frustración por no obtener resultados positivos del cuidado respecto al mantenimiento de la vida y el bienestar del paciente terminal, despierta sentimientos negativos de autodesvaloración y de impotencia, produciéndose la pérdida de autoestima. Acompañar al enfermo en su sufrimiento genera en el cuidador un sentimiento de desesperación, tristeza y desaliento haciéndose presente la soledad. Todas ellas manifestaciones de la depresión.
- Sobrecarga social.- Con frecuencia el papel de cuidador principal es adoptado por una mujer, quien en muchas ocasiones puede sentirse presionada al asumir este rol, debido a las construcciones sociales de género, produciéndose en muchas ocasiones un conflicto interno entre la necesidad de cuidar por cuestiones sociales, éticas o familiares y el disgusto por el cuidado o el enfrentamiento de la muerte. La alteración en la dinámica familiar y en ocasiones la presencia de dificultades financieras agravan la dinámica del cuidado.

Algunas de las manifestaciones del cansancio del rol de cuidador y ante las cuales se debe estar alerta, tanto el profesional como la propia persona cuidadora son:

- Sensación de sueño y cansancio continuo.
- Sensación de aislamiento.
- Aumento del consumo de medicamentos, tabaco o alcohol.
- Cambios de humor frecuentes y aumento de la irritabilidad.
- Dificultad para concentrarse y tomar decisiones. Fallos de memoria
- Problemas económicos

- Problemas en el trabajo (por retrasos, ausencias continuadas, dificultades para hacer tareas que antes no tenía).

Identificar las intervenciones y establecer los resultados deseados, forman parte de la fase de planificación de los cuidados. Las actividades enfermeras irán dirigidas a ofrecer apoyo emocional, informar y educar. Se centran en orientar sobre sus cuidados, el uso de la medicación, la forma de actuar ante imprevistos o donde avisar ante algún cambio que precise de asistencia sanitaria. Destacable es la importancia de reforzar el papel del cuidador dejándole expresar sus miedos y dándole la importancia que tiene.

Quedando en último punto del proceso enfermero la ejecución de todos los cuidados planteados junto a la continua reevaluación o evaluación final que nos lleva a determinar las situaciones cambiantes e iniciar de nuevo el proceso con los cambios necesarios. No se debe olvidar que los cuidados enfermeros al cuidador/a principal del enfermo terminal, no terminan con la muerte de éste. La familia en ocasiones necesita de la ayuda y la orientación del profesional durante la fase de duelo hasta la superación de la misma (Moreira & Turrini).

2.27 Patrones funcionales.

Patrones funcionales son los términos que ayudan a identificar el diagnóstico enfermero más utilizado en la clínica para decidir los cuidados enfermeros. El proceso diagnóstico de enfermería difiere del proceso diagnóstico en medicina en que, siempre que sea posible, la persona o personas que son el foco de los cuidados de enfermería deben estar íntimamente aplicados como colaboradores de las enfermeras en el proceso de valoración y diagnóstico, esto se debe a que el objetivo de los cuidados enfermeros es que una persona alcance su bienestar y mejoría.

- Patrón de manejo-percepción de la salud.- Es el significado de salud, descripción del estado de salud, promoción de la salud.

- Patrón nutricional metabólico.- Es el tipo y cantidad de alimentos y líquidos.
- Patrón de eliminación.-Es la frecuencia, cantidad, color, olor, malestar, nicturia, control cual quiere cambio.
- Patrón de actividad – ejercicio.- Es las actividades típicas de la vida diaria.
- Patrón de reposo-sueño.- Es los hábitos de sueño, número de horas, hora de dormirse y despertarse, rituales de inducción al sueño, entorno para el sueño.
- Patrón cognitivo-perceptual.- Es la descripción de los órganos de los sentidos.
- Patrón de autopercepción-auto concepto.- Es la identidad de la persona descripción de sí mismo fortalezas y debilidades.
- Patrón del rol de relaciones.- Descripción de los roles de la familia, amigos, compañeros de trabajo.
- Patrón de sexualidad-reproducción.- Es los problemas o preocupaciones sexuales.
- Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés.- Es la naturaleza de los agentes estresantes habituales.
- Patrón de valores-creencias.- Es los antecedentes culturales étnicos. (Alvarez, 2010)

CAPÍTULO III

2. 3. Metodología de la investigación.

3.1. Tipo de investigación.

Para el presente estudio se utilizara una investigación de tipo cualitativo y cuantitativo, buscando datos informativos para la aplicación de un análisis estadístico. Porque es un tipo de investigación que utiliza métodos totalmente estructurados o formales, ya que se realizara un cuestionario a través de preguntas principalmente cerradas y concretas dirigidas a los pacientes o familiares objeto de nuestro estudio, las mismas que serán anónimas. El conjunto de preguntas se realizó a un número de individuos determinado que conforma la población a partir de la cual se recolectó la información que posteriormente será analizada.

3.2. Diseño de la investigación.

El diseño de nuestro trabajo de investigación es, Descriptivo, ya que consiste en llegar a conocer las situaciones, y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, procesos y personas. La meta no se limitó a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Con este tipo de estudio se busca únicamente describir situaciones o acontecimientos por los que básicamente cursa el paciente oncológico y no es de interés comprobar explicaciones, o probar determinadas hipótesis.

- Transversal.- Porque la investigación está centrada en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado o bien cuál es la

relación entre un conjunto de variables en un punto del tiempo. Se puede abarcar varios grupos o subgrupos de personas, en un determinado momento y tiempo definido. Definiendo un plan de cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal.

- **Prospectivo.-** La investigación prospectiva se inicia, por lo común, después de que la investigación transversa que se han producido en evidencias centradas para analizar el nivel o estado de diversas variables en un momento dado o bien cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto del tiempo.

3.3.Lugar de estudio.

El lugar que se escogió para el presente estudio fue la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra en la provincia Imbabura.

3.4.Caracterización

Las personas objeto del estudio son pacientes con cáncer terminal que asisten a la unidad oncológica SOLCA Ibarra en el periodo de octubre 2013 – marzo 2014.

3.5.Población.

La población objeto de estudio son 635 pacientes con cáncer que acuden a la unidad oncológica SOLCA y necesitan cuidados paliativos.

3.6. Muestra.

La muestra del estudio de investigación son 4 pacientes en etapa terminal que necesitan de cuidados paliativos y acuden a la unidad oncológica SOLCA Ibarra a los cuales se les realizara la encuesta.

3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos.

- Bibliográficos y documentales.
- Libros, folletos, revistas de información de internet.
- Fuentes estadísticas del Ministerio de Salud Pública
- Encuestas realizadas a los familiares de los 4 pacientes con cáncer terminal y 7 integrantes del equipo de salud.

3.8. Procedimiento.

Para poner en práctica el instrumento (encuesta), que sirvió de base para el estudio, se realizó una prueba piloto con preguntas cerradas, abiertas y de opción múltiple.

3.9. Encuestas.

Esta técnica nos permitió recopilar información mediante un cuestionario de preguntas, el mismo que nos permitió obtener datos confiables con respecto a los conocimientos, aptitudes y prácticas, que tienen el personal de salud, pacientes y familiares que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

3.10 Validez y confiabilidad.

Este trabajo tiene validez y confiabilidad, ya que se realizó encuestas a los familiares de los pacientes y personal de salud que acude a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra, esta encuesta fue contestada en forma honesta e individual por los familiares del paciente y personal de salud.

3.11. Aspectos éticos.

Las encuestas a realizarse a los usuarios / paciente y personal de salud fue de total confiabilidad y veracidad por la cual la información adquirida se manejó con mucha confidencialidad y de absoluta reserva, ya que es con fines investigativos y de búsqueda de posibles soluciones.

3.12. Operacionalización de variables.

Variable	Objetivo	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento
Cuidados paliativos	Brindar una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias.	Es el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. (AECC. , 2014)	Cuidados paliativos y atención integral.	Actualización de conocimientos	1.-Una vez al año 2.- Cada 6 meses 3.- De vez en cuando 4.- Casi nunca	¿Se actualiza constantemente?
				Mejora de la calidad de atención	1.- Capacitación 2.-Mejoramiento de la infraestructura 3.- Recursos materiales 4.- Guía de atención	¿Qué opción cree que es de inmediata ejecución para la atención de los servicios?

				Utilización de protocolos	Siempre A veces No	¿Con qué frecuencia utiliza protocolos de atención?
				Escalas que mide la calidad de vida	Karnofsky ECOG	¿Cuál es la escala más utilizada para medir la calidad de vida?
				Problemas más comunes	Dolor Desesperanza Soledad Abandono	Principales problemas que se presentan ante el personal de salud.
				Calidad en el manejo del paciente	Ineficaz Poco eficaz Aceptable Eficaz	¿Cómo valora la calidad de atención en el paciente terminal?

Sociodemográficos	Identificar las características de los individuos pertenecientes al grupo de estudio	Características sociales y demográficas de los individuos del estudio	Características individuales	Sexo	Femenino	Sexo:
				Edad	Años cumplidos	Edad... (Años cumplidos).
				Estado civil.	Soltero Casado Unión libre Divorciada Viuda	¿Cuál es su estado civil?
				Lugar de residencia	Urbano Rural	Su lugar de residencia está ubicado en:
				Familiares a cargo del paciente	Esposo /a. Hijos Hermanos.	¿Quién está a cargo del paciente?
Calidad de vida	Ampliar los servicios de prevención y promoción de la	Es el grado en el que los individuos o sociedad evalúan áreas	Capacidad para realizar rutinas.	Escala de Karnofsky, valora la capacidad del paciente para		

	salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas	como bienestar físico, social, emocional, material de manera que permite un óptimo estado de bienestar (Buen Vivir Plan Nacional, 2013)		realizar actividades cotidianas.		
					Va en escala degenerativa. De 100 A 0	Valorar la puntuación en la que se encuentra cada paciente....
				Escala de ECOG mide la calidad de vida del paciente oncológico.	Mide de 0 A 5.	Evaluar la calidad de vida del paciente.....

CAPÍTULO IV

4. Presentación de resultados.

El presente trabajo de investigación con el tema: Cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal en la unidad oncológica SOLCA Ibarra periodo octubre 2013 marzo 2014, tiene la finalidad de desarrollar y aplicar el proceso de atención de enfermería, modelo NANDA, NOC – NIC, en pacientes con cáncer terminal que precisen de cuidados paliativos, los cuales aporten bienestar al paciente, atendiendo sus necesidades requeridas, a la vez tiene el propósito de implementar una guía dirigida a usuarios y familia de pacientes con cáncer terminal con el propósito de mejorar su calidad de vida, permitiendo la oportuna aplicación del proceso atención de enfermería de una manera exitosa y aceptable por parte de los usuarios a quien va dirigido.

Los resultados de la investigación, se obtuvieron a través de la aplicación del instrumento de investigación tipo encuesta, a la muestra de la población determinada de 4 pacientes con cáncer terminal y a sus respectivos familiares que cuidan de ellos y acuden a la, unidad SOLCA Ibarra, las mismas que fueron elegidas por ser las patologías más frecuentes de cáncer terminal de los pacientes objeto de estudio, en el lugar donde se desarrolló la investigación.

La presentación de resultados se la realizó en forma organizada, mediante el procesamiento de la información obtenida, se realizó la representación gráfica con el apoyo del programa Excel a través de la aplicación de pasteles, de cada una de las preguntas del instrumento, para ser evidente en forma clara los aspectos sobresalientes de la investigación, las mismas que cuentan con el respectivo análisis y discusión fundamentada en referencias bibliográficas.

A continuación se presentan los resultados de la investigación, sobre la base el instrumento aplicado en forma adecuada a través de:

- a. Tablas de frecuencia
- b. Representación gráfica
- c. Análisis y discusión

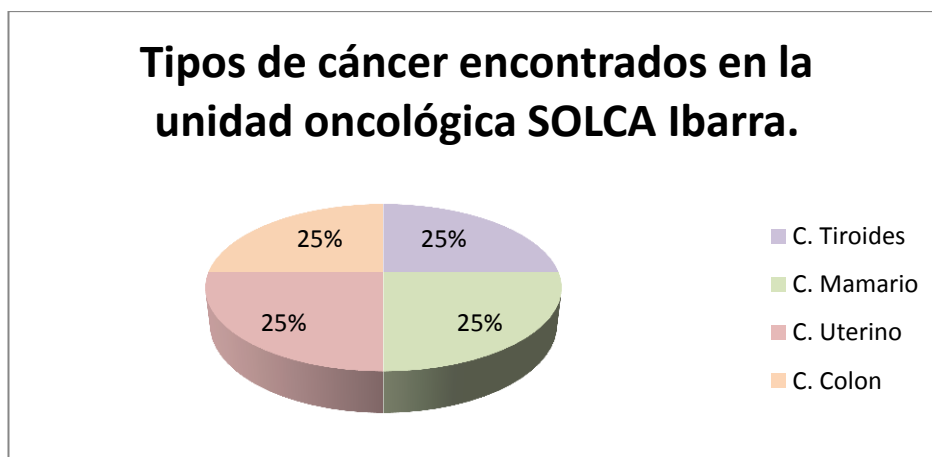
4.1.Tabulación, representación gráfica, análisis y discusión de resultados de encuesta aplicada a los miembros de los equipos de salud.

4.1.1. Distribución de resultados en relación a los tipos de cáncer encontrados en la unidad oncológica SOLCA Ibarra.

Tabla N° 1

Tipos de cáncer	Frecuencia	Porcentaje
C. Tiroides	1	25%
C. Mamario	1	25%
C. Uterino	1	25%
C. Colon	1	25%
Total	4	100%

Gráfico N° 1



FUENTE: Datos obtenidos de historias clínicas SOLCA Ibarra

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

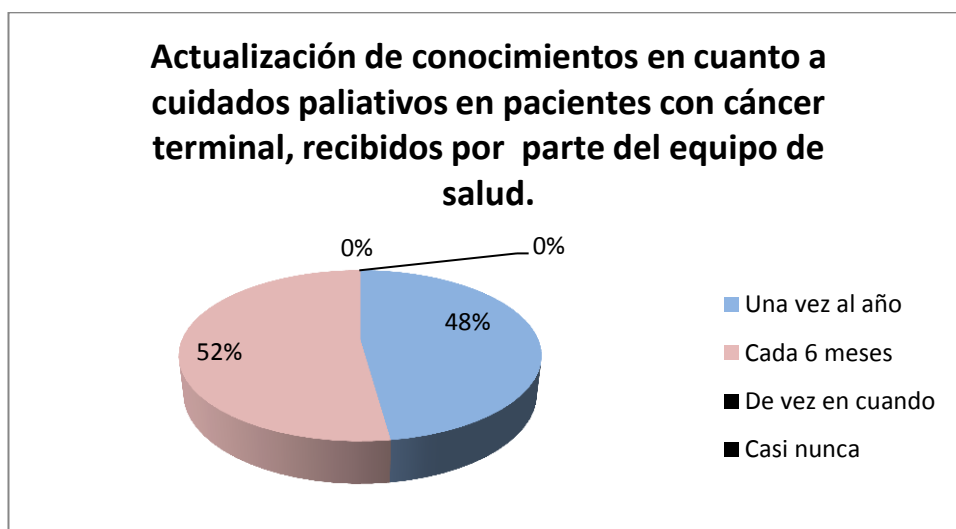
Análisis y discusión.- Los datos obtenidos en la unidad oncológica SOLCA Ibarra, evidencia los diferentes tipos de cáncer que afecta a la población imbabureña y sectores aledaños en la que se observa a cuatro pacientes, los cuales son objeto de estudio, están representados con el 25%, y corresponden a: cáncer de mama, tiroides, útero y colon, que se encuentran en etapa terminal, estableciendo los casos representativos de los tipos de cáncer que se han presentado con más frecuencia en los últimos años, según datos del departamento de estadística desde el año 2012, evidenciando la alta incidencia de mortalidad y defunciones en el mundo de hoy según la OMS (OMS, 2013)

4.1.2. Distribución de resultados sobre, la constante actualización de conocimientos en cuanto a cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal, recibidos por parte del equipo de salud.

Tabla N° 2

Actualización de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al año	3	48%
Cada 6 meses	4	52%
De vez en cuando	0	0
Casi nunca	0	0
Total	7	100%

Gráfico N° 2



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a los profesionales de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

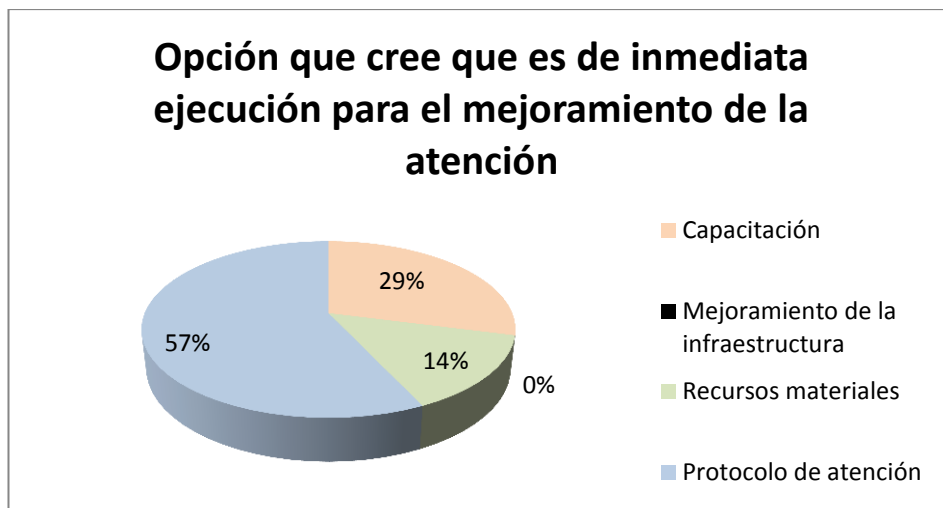
Análisis y discusión.- Los resultados demuestran que el 57% de los miembros del equipo de salud se actualiza cada seis meses para brindar mejor atención al paciente, seguido de un 43%, que lo realizan una vez al año, esto demuestra el interés de los profesionales en salud por capacitarse y actualizarse periódicamente en beneficio del paciente / usuario para brindar una atención con calidad y calidez, contribuyendo con los objetivos del plan del buen vivir. (Arroyo, 2001).

4.1.3. Distribución de resultados en relación a la opción que cree que es de inmediata ejecución para el mejoramiento de la atención

Tabla N° 3

Opción que mejore la atención	Frecuencia	Porcentaje
Capacitación	2	29%
Mejoramiento de la infraestructura	0	0%
Recursos materiales	1	14%
Protocolo de atención	4	57%
Total	7	100%

Gráfico N°3



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a los profesionales de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.
ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

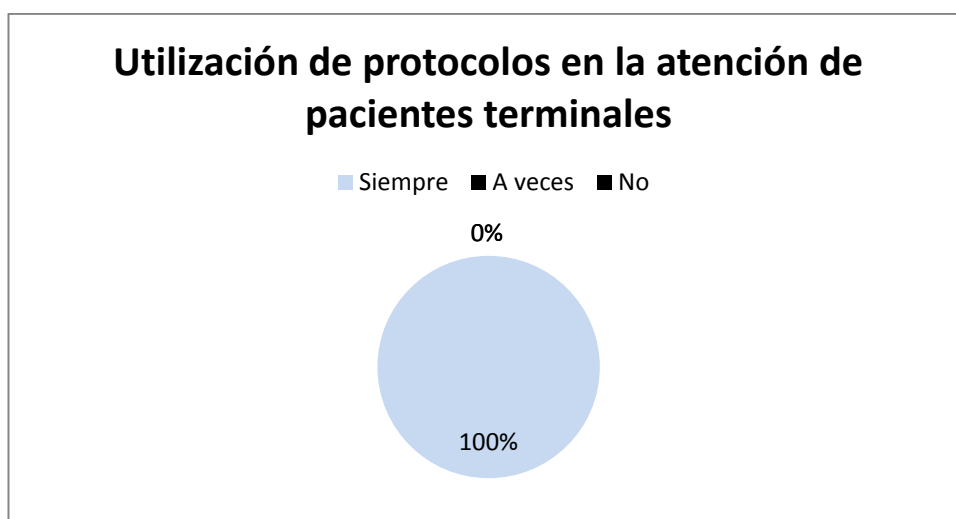
Análisis y discusión.- Los resultados permiten evidnciar que la inmediata ejecución para mejorar la atención constituyen los protocolos de atención representado por el 57% seguido de la capacitación con el 29% a lo que se suman los recursos materiales con el 14 %, garantizando la efectividad, por cuanto la aplicación de protocolos al constituir una guía de procedimientos debidamente fundamentados en conocimientos científicos dirigido al paciente / usuario brindan servicios de salud con calidad y calidez. (Castillo, Jiménez, & Torres, 2007)

4.1.4. Distribución de resultados en relación a la utilización de protocolos en la atención de pacientes terminales.

Tabla N° 4

Utilización de protocolos	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	100%
A veces	0	0
No	0	0
Total	7	100%

Gráfico N° 4



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a los profesionales de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.
ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

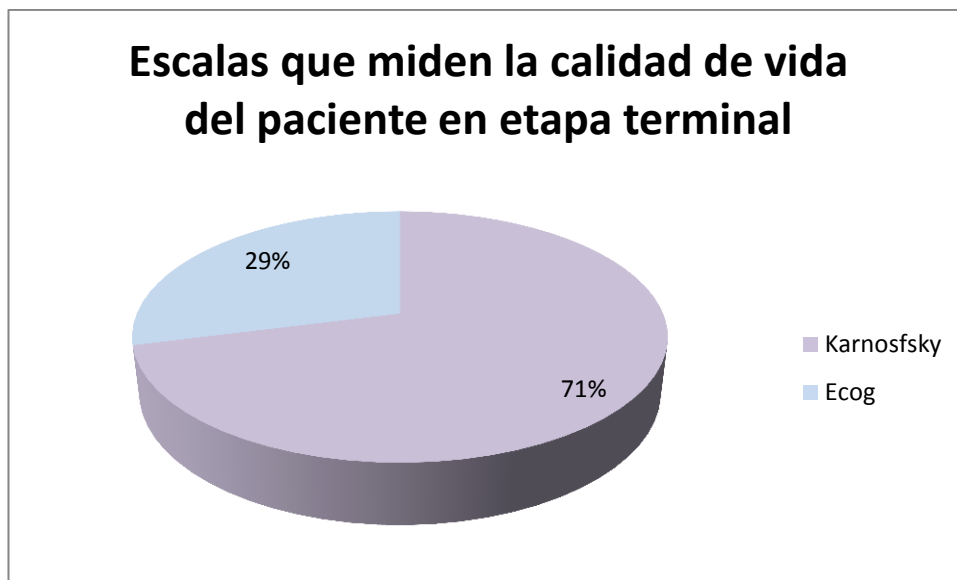
Análisis y discusión.- En los datos obtenidos se evidencia que el 100% de profesionales de salud utilizan protocolos de atención en pacientes terminales atendiendo las necesidades específicas para cada patología, fundamentada en conocimientos científicos, constituyendo los protocolos como prioridad en la atención de necesidades básicas cumpliendo con estándares de calidad y calidez, en beneficio del paciente / usuario; relacionando con la actividad de inmediata ejecución para el mejoramiento de la atención, ratificada por el equipo de salud, en la aplicación de protocolos de atención. (Buen Vivir Plan Nacional, 2013).

4.1.5. Distribución de resultados en relación a la aplicación de escalas que miden la calidad de vida del paciente en etapa terminal.

Tabla N° 5

Escalas	Frecuencia	Porcentaje
Karnofsky	5	71%
Ecog	2	29%
Total	7	100%

Gráfico N° 5



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a los profesionales de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

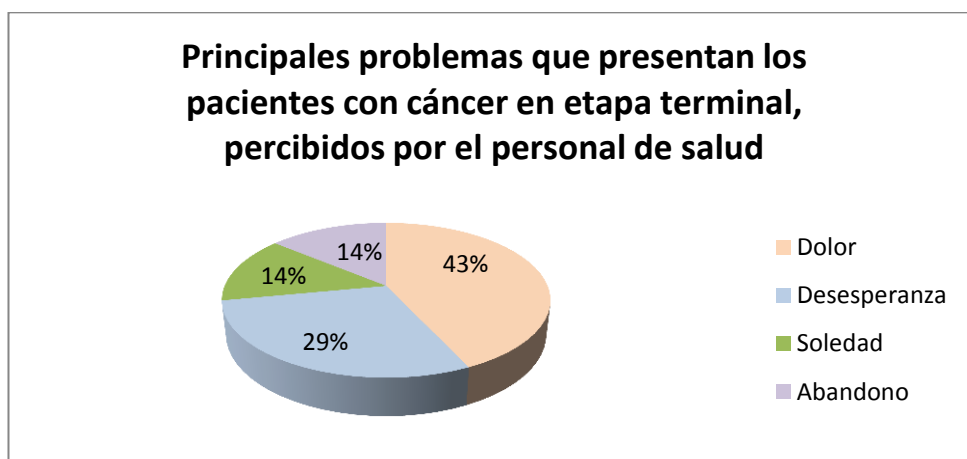
Análisis y discusión.- En referencia a los resultados obtenidos se evidencia que el personal de salud utiliza dos escalas específicas que miden la calidad de vida del paciente terminal, en la que la escala de Karnofsky con un valor significativo del 71% es más utilizada mientras que la escala de ECOG es manejada en un 29% constituyendo la escala de Karnofsky como elemento predictor degenerativo en patologías oncológicas ya que mide la capacidad de realizar actividades cotidianas, según el estadio de cáncer terminal (Cadena, 2012).

4.1.6. Distribución de resultados en relación a los principales problemas que presentan los pacientes con cáncer en etapa terminal, percibidos por el personal de salud.

Tabla N° 6

Problemas	Escalas	Porcentaje
Dolor	3	43%
Desesperanza	2	29%
Soledad	1	14%
Abandono	1	14%
Total	7	100%

Gráfico N°6



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a los profesionales de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.
ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

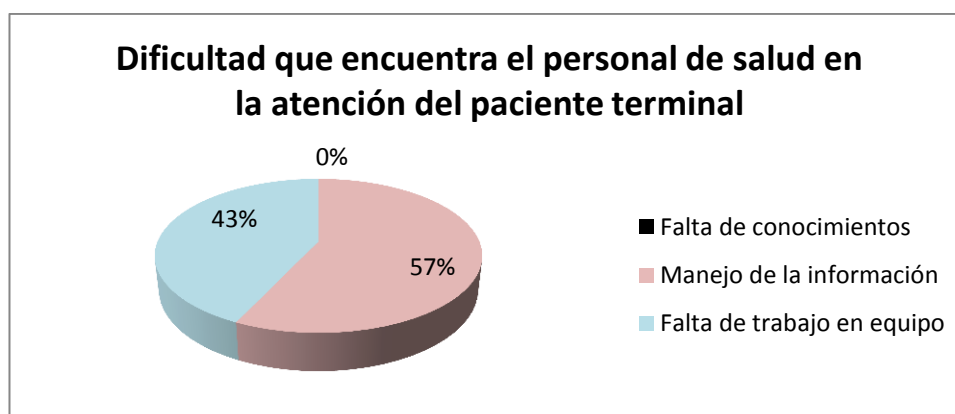
Análisis y discusión.- En los datos obtenidos se evidencia los principales problemas que desencadena el paciente con cáncer en etapa terminal, siendo la desesperanza el principal problema con un 43%, seguido del dolor con el 29%, constituyendo la desesperanza como la principal alteración del estado emocional que aqueja al paciente en cuanto al dolor, nos indica alteraciones en el estado físico, se toma en cuenta problemas como soledad y abandono en el 14 % cada uno puesto que son factores psicosociales de alteración emocional de impotencia por las variaciones en el estilo de vida y miedo a la muerte. (Tutt, 1012).

4.1.7. Distribución de resultados en relación a la dificultad que encuentra el personal de salud en la atención del paciente terminal.

Tabla N° 7

Dificultades	Escala	Porcentaje
Falta de conocimientos	0	0%
Manejo de la información	4	57%
Falta de trabajo en equipo	3	43%
Total	7	100%

Gráfico N° 7



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a los profesionales de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

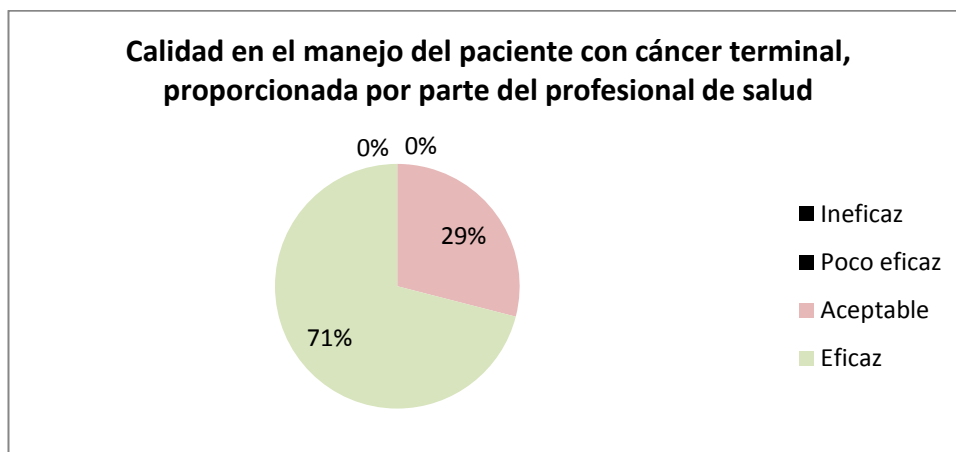
Análisis y discusión.- En relación a los datos obtenidos referente a la dificultad que encuentra el personal de salud en la atención del paciente terminal se observa que el 57%, presenta dificultad en el manejo de la información, esto debido al sufrimiento que causa esta enfermedad, pues el personal de salud interactuara con el paciente y familia desde su diagnóstico, tratamiento (curso de la enfermedad), hasta el final de la vida, por tratar problemas emocionales, físicos, prácticos y espirituales que implican el cáncer, lo que resulta difícil para el personal que está a cargo del grupo en estudio, mientras que el 43% menciona que la dificultad que encuentra es la falta de trabajo en equipo, ya que no cuentan con la cantidad suficiente de profesionales tales como médicos, enfermeras, dietistas titulados, farmacéuticos y asistentes sociales. (AECC contra el cáncer., 2011).

4.1.8. Distribución de resultados en relación a la calidad en el manejo del paciente con cáncer terminal, proporcionada por parte del profesional de salud.

Tabla N° 8

Calidad	Escala	Porcentaje
Ineficaz	0	0%
Poco eficaz	0	0%
Aceptable	2	29%
Eficaz	5	71%
Total	7	100%

Gráfico N°8



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a los profesionales de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

Análisis y discusión.- En relación a la calidad en el manejo del paciente terminal se observa en un 71% la eficacia ofrecida por parte del personal, que busca el bienestar del paciente con cáncer, enfocándose en el cuidado no en la curación; que cuando una persona recibe un diagnóstico terminal (lo cual casi siempre se define como el período en el que la esperanza de vida es de 6 meses o menos) el equipo de salud además del tratamiento, brinda cuidados paliativos y apoyo emocional para que el paciente acepte la patología y la conlleve hasta el final de su vida brindando así una muerte digna; mientras que el 29% de profesionales indica que es aceptable la calidad en el manejo del paciente en etapa terminal, determinando el magnífico trabajo realizado por parte del equipo de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra. (SOLCA, Ibarra, 2012).

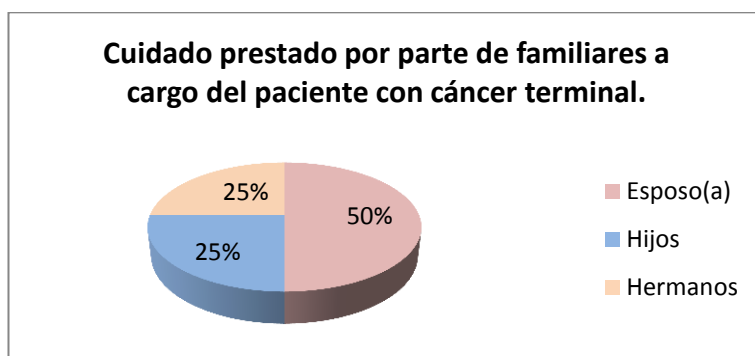
4.2.Tabulación, representación gráfica, análisis y discusión de resultados de encuesta aplicada a familiares de pacientes oncológicos.

4.2.1. Distribución de resultados en relación al cuidado prestado por parte de familiares a cargo del paciente con cáncer terminal.

Tabla N° 9

Familiares a cargo	Escala	Porcentaje
Espos(a)	2	50%
Hijos	1	25%
Hermanos	1	25%
Total	4	100%

Gráfico N° 9



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a familiares de pacientes con cáncer terminal que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

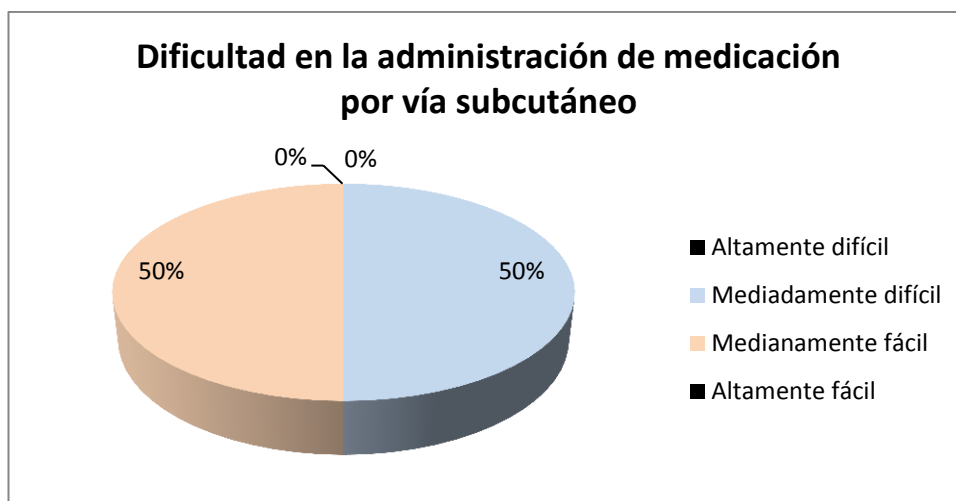
Análisis y discusión.- El gráfico indica a los principales cuidadores que son responsables del paciente con cáncer terminal desde el momento del diagnóstico, hasta la etapa final de la vida, en un 50% se observa que la principal persona a cargo es el esposo/a, seguido de un 25% en el que se visualiza a los hijos a cargo del paciente con cáncer terminal y el otro 25% que representa a los hermanos responsables de las actividades de paciente, en este dato importante se observa que los principales cuidadores son familiares, por ende el vínculo que llevaban anteriormente el paciente y cuidador es valioso durante el tratamiento ya que, el familiar se involucra en un nuevo entorno junto al paciente y participa activamente en la toma de decisiones, observando el grado de acuerdo entre ellos, mejorando de esta manera la calidad de vida. (National institute of nursing research, 2011)

4.2.2 Distribución de resultados en relación a la dificultad que presenta el cuidador en la administración de medicación por vía subcutáneo.

Tabla N° 10

Dificultades	Escala	Porcentaje
Altamente difícil	0	0%
Mediadamente difícil	2	50%
Medianamente fácil	2	50%
Altamente fácil	0	0%
Total	4	100%

Gráfico N° 10



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a familiares de pacientes con cáncer terminal que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

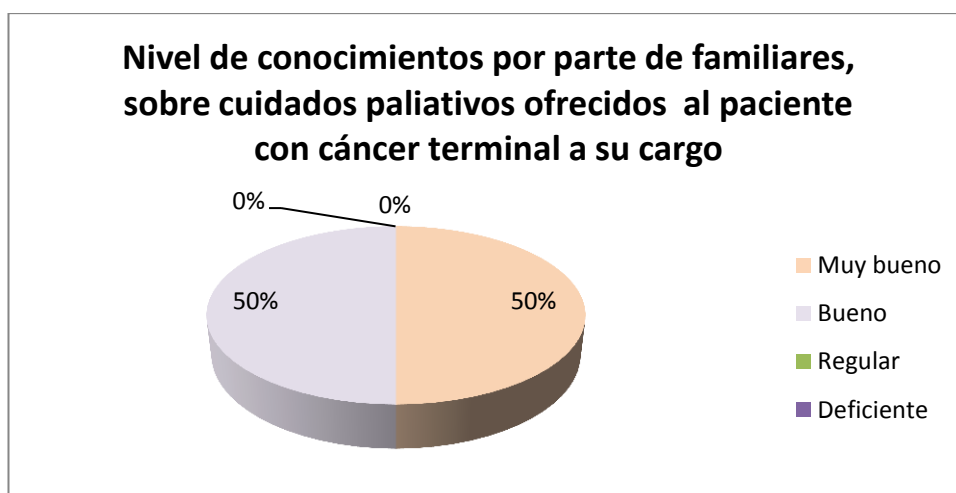
Análisis y discusión.- De acuerdo a los resultados obtenidos , se observa, que los familiares presentan un 50% con relación a las opciones medianamente difícil y medianamente fácil, es decir, no existe dificultad que evite la administración de medicación por portal subcutáneo por parte de los familiares ya que las opciones no se inclinan hacia lo fácil ni a lo difícil, sino más bien van a la par, esto debido a la sencillez, comodidad y fácil manejo, lo que la convierte en una técnica efectiva y rentable que permite, con mínimo riesgo para el paciente, su asistencia integral en el domicilio hasta el fallecimiento. (Espinar, 2012).

4.2.3 Distribución de resultados en relación al nivel de conocimientos por parte de familiares, sobre cuidados paliativos ofrecidos al paciente con cáncer terminal a su cargo.

Tabla N° 11

Nivel de conocimientos	Escalas	Porcentaje
Muy bueno	2	50%
Bueno	2	50%
Regular	0	0%
Deficiente	0	0%
Total	4	100%

Gráfico N° 11



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a familiares de pacientes con cáncer terminal que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

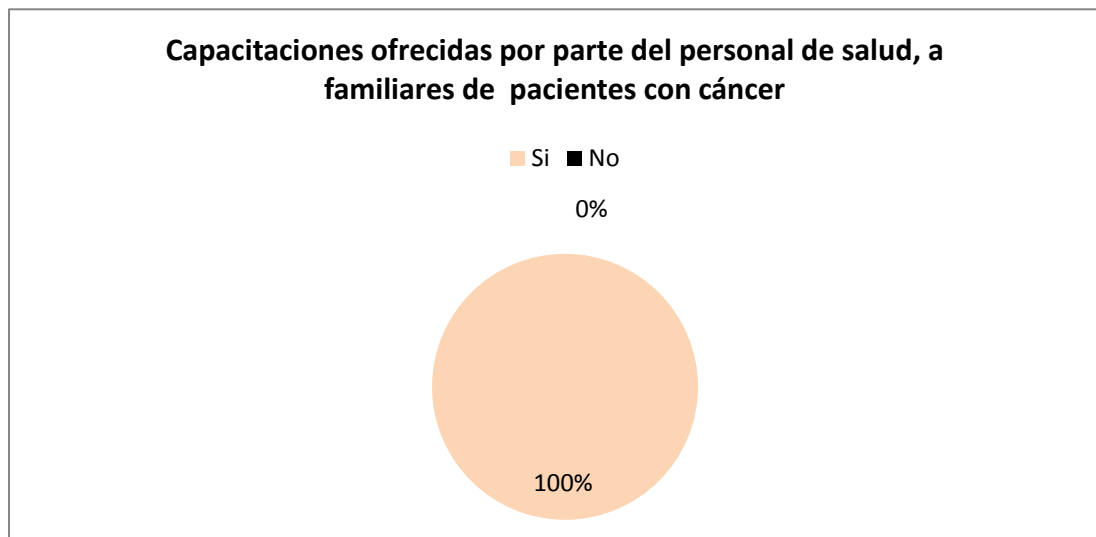
Análisis y discusión.- Con relación a los resultados se observa que el 50% de los familiares los conocimientos son muy buenos seguido del 50% restante que manifiesta que los conocimientos son buenos, contribuyendo una solvencia en la prestación de los cuidados del paciente en etapa terminal siendo importante el rol que juega la familia en la atención permanente, tratamiento y cuidados paliativos en el paciente con cáncer terminal con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente hasta que se produzca la muerte digna. (Sociedad Española de oncología médica, 2010).

4.2.4 Distribución de resultados en relación a capacitaciones ofrecidas por parte del personal de salud, a familiares de pacientes con cáncer terminal.

Tabla N° 12

Capacitación a familiares	Escala	Porcentaje
Si	4	100%
No	0	0%
Total	4	100%

Gráfico N° 12



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a familiares de pacientes con cáncer terminal que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

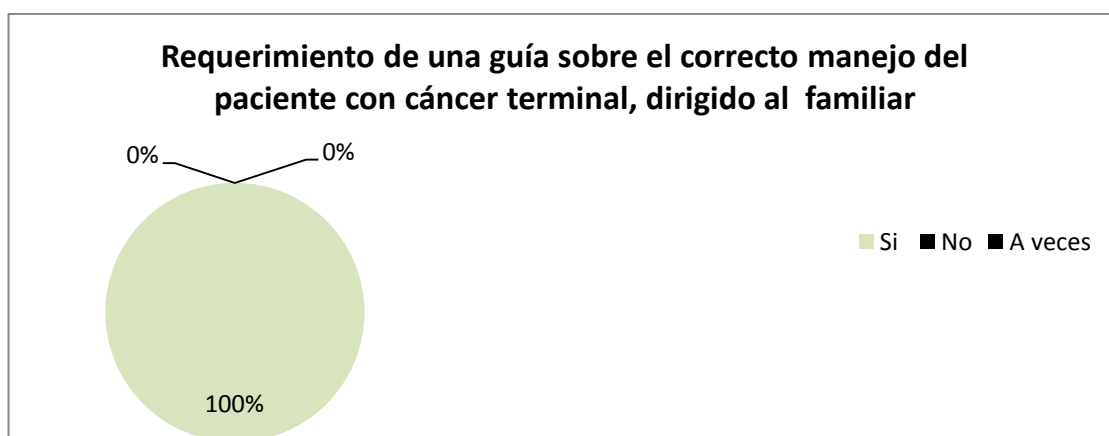
Análisis y discusión.- Los resultados demuestran que el 100%, de los familiares ha recibido capacitación por parte del equipo de salud esto se debe al trabajo realizado que proporciona elementos materiales con la finalidad de ofrecer apoyo al familiar en condiciones más propicias de hacer frente a las tareas de cuidado y a los aspectos prácticos que sobrelleva. Cada elemento de esta composición (enfermo – familia – equipo de salud) tiene un papel importante que desarrolla en la fase de la enfermedad; de este modo, aumenta la calidad de vida de la persona enferma, familia y del equipo de salud que se siente partícipe de un acto humano y muy emotivo como es el acto de cuidar. (Ariaza, Cancino, & Sanhueza, 2009).

4.2.5 Distribución de resultados en relación a la opción del requerimiento de una guía sobre el correcto manejo del paciente con cáncer terminal, dirigido al familiar.

Tabla N° 13

Requerimiento de guía	Escala	Porcentaje
Si	4	100%
No	0	0%
A veces	0	0%
Total	4	100%

Gráfico N° 13



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a familiares de pacientes con cáncer terminal que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

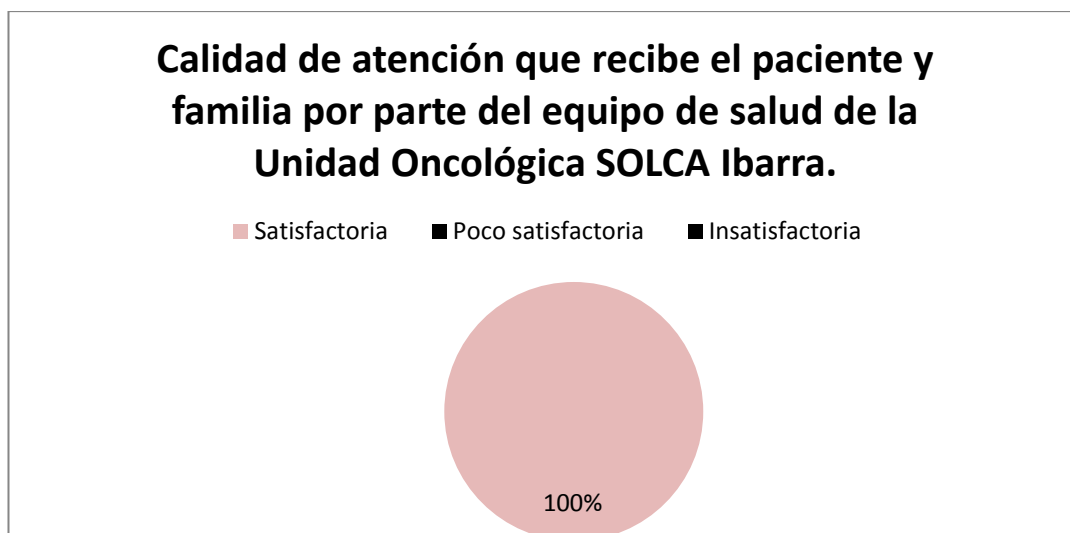
Análisis y discusión.- Los resultados demuestran que el 100%, corresponde a la opción que el familiar requiere de una guía práctica para el correcto manejo del paciente con cáncer terminal en el hogar, la cual debe proporcionar información general sobre la atención al paciente y presentar una lista de los problemas más comunes durante la enfermedad, los signos a los que debe estar atento, así como algunas medidas que se pueden tomar mediante una serie de pasos de solución de problemas físicos, emocionales y sociales más frecuentes en los pacientes con cáncer para que el cuidador, pueda enfrentar con responsabilidad la enfermedad del paciente con este tipo de patología. (Rocafort & Herrera, 2007).

4.2.6 Distribución de resultados en relación a la calidad de atención que recibe el paciente y familia por parte del equipo de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

Tabla N° 14

Calidad de atención	Escala	Porcentaje
Satisfactoria	4	100%
Poco satisfactoria	0	0%
Insatisfactoria	0	0%
Total	4	100%

Gráfico N° 14



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a familiares de pacientes con cáncer terminal que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

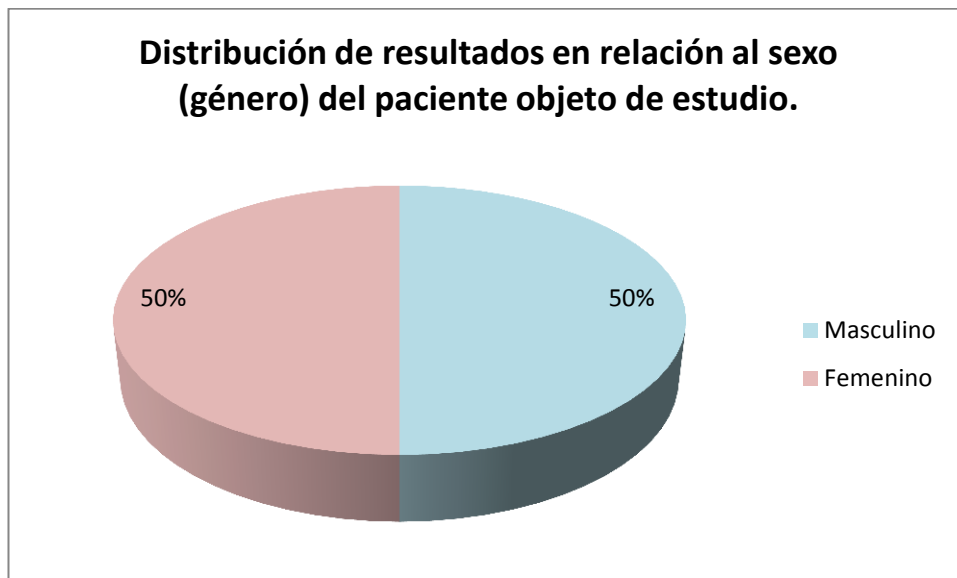
Análisis y discusión.- Según los datos obtenidos el 100%, es satisfactoria por parte de paciente y familia referente a la calidad de atención en la unidad oncológica SOLCA Ibarra, cumpliendo así su objetivo que es el de, lograr la coordinación e integración de las acciones encaminadas al control del cáncer en el área de salud, así como la articulación de los flujos de información y conocimiento en función de una mejora administrativa en la toma de decisiones, demostrando su excelencia durante todo el proceso de tratamiento. (ESRA- España, 2012).

4.2.7 Distribución de resultados en relación al sexo (género) del paciente objeto de estudio.

Tabla N° 15

Sexo	Escala	Porcentaje
Masculino	2	50%
Femenino	2	50%
Total	4	100%

Gráfico N° 15



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a familiares de pacientes con cáncer terminal que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

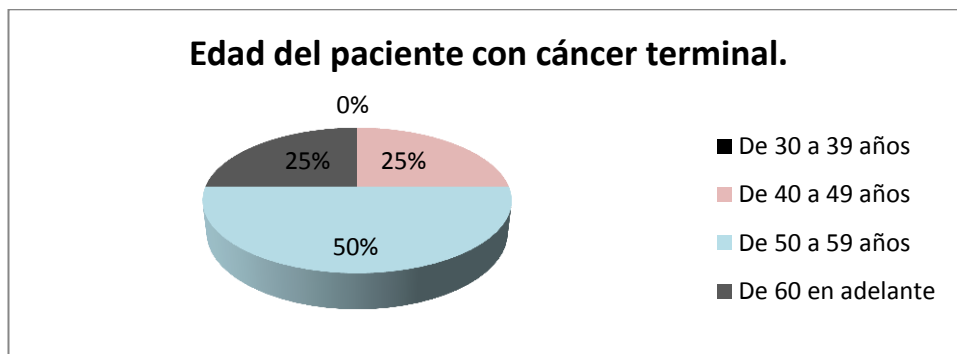
Análisis y discusión.- Con relación a los resultados obtenidos referente a género se observa una equidad del 50% que corresponde al género femenino, y el 50% al género masculino teniendo en cuenta que el cáncer es un tipo de patología no determinante de ningún género, y se encuentran expuestas todas las personas a adquirir cualquier tipo de cáncer lo cual depende directamente de los estilos de vida. (Alonso, 2013).

4.2.8 Distribución de resultados en relación a la edad del paciente con cáncer terminal.

Tabla N° 16

Edad	Escala	Porcentaje
De 30 a 39 años	0	0%
De 40 a 49 años	1	25%
De 50 a 59 años	2	50%
De 60 en adelante	1	25%
Total	4	100%

Gráfico N° 16



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a familiares de pacientes con cáncer terminal que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

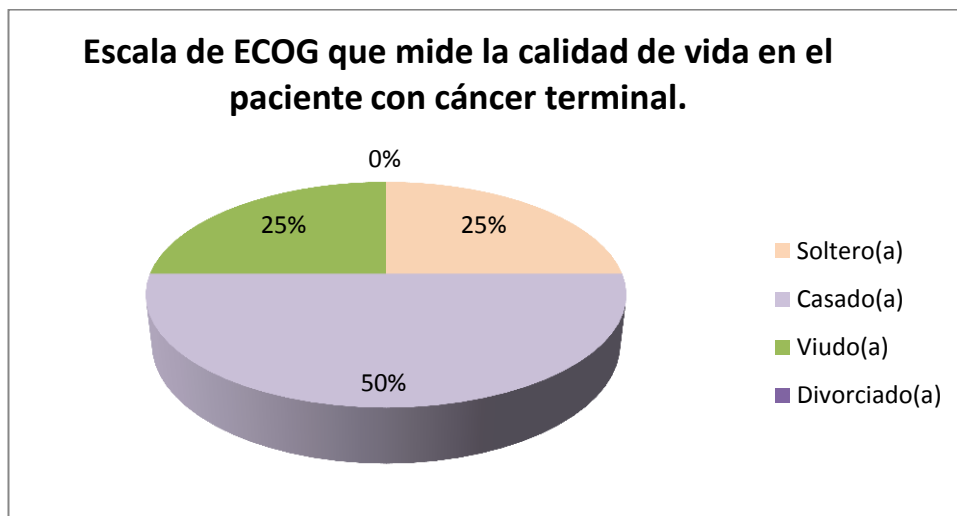
Análisis y discusión.- Se observa que el 50% de los pacientes que cursan la etapa terminal de cáncer oscila de 50 a 59 años de edad, seguida del 25% entre los 40 a 49 años, y el otro 25% de 60 años en adelante. Debido a que el riesgo de cáncer se incrementa con la edad a un período de mayor exposición a numerosos tipos de cáncer asociados a factores ambientales y a estilos de vida, en algunos casos potencialmente prevenibles, es importante destacar que el propósito de esta investigación es destinada a la prevención de estas patologías, y tomando en cuenta que el paciente que recibe cuidados paliativos en fase terminal pertenece al grupo del adulto mayor y se recomienda que la elección del tratamiento oncológico en cada paciente, debe influir más la edad biológica que la edad cronológica del paciente. (Cadena, 2012).

4.2.9 Distribución de resultados en relación a la calidad de vida que mide la escala de ECOG en paciente con cáncer terminal.

Tabla N° 17

ECOG (mide la calidad de vida)	N° de pacientes	Porcentaje
Escala 0	0	0%
Escala 1	0	0%
Escala 2	1	25%
Escala 3	2	50%
Escala 4	1	25%
Escala 5	0	0%
Total	4	100%

Gráfico N° 17



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a familiares de pacientes con cáncer terminal que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

Análisis y discusión.- El siguiente gráfico corresponde a la escala de ECOG, la cual mide la calidad de vida del paciente, en la que podemos observar que un 50 % de los pacientes se encuentran en la escala tres, lo que significa que el paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas considerables,

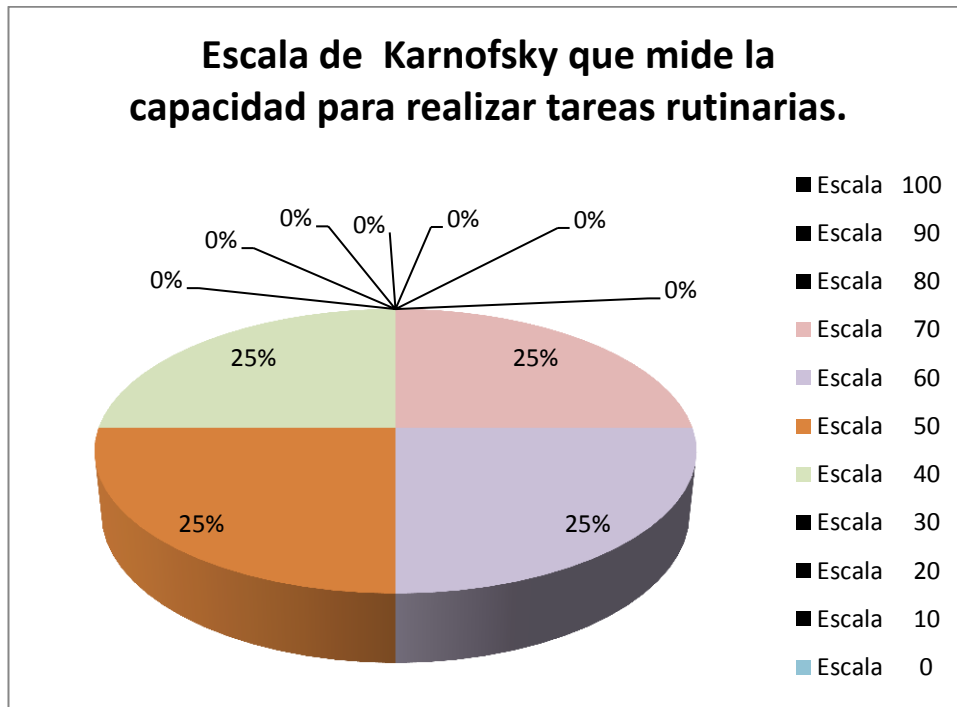
necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse, mientras que el 25 % se encuentra en la escala dos, lo que significa que el paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día, pero satisface la mayoría de sus necesidades personales solo, y el otro 25 % corresponde a la escala cuatro en la que el paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación. Dando a conocer de esta manera, el nivel de la calidad de vida por la cual cursa el paciente con cáncer terminal objeto de estudio. (Arroyo, 2001).

4.2.10 Distribución de resultados en relación a la escala de Karnofsky, la cual mide la capacidad de los pacientes con cáncer para realizar tareas rutinarias.

Tabla N° 18

Escala de Karnofsky	N° de pacientes	Porcentaje
Escala 100	0	0%
Escala 90	0	0%
Escala 80	0	0%
Escala 70	1	25%
Escala 60	1	25%
Escala 50	1	25%
Escala 40	1	25%
Escala 30	0	0%
Escala 20	0	0%
Escala 10	0	0%
Escala 0	0	0%
Total	0	100%

Gráfico N° 18



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a familiares de pacientes con cáncer terminal que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

ELABORACIÓN: Paulina Echeverría y María José Moreta.

Análisis y discusión.- El gráfico representa la escala de actividad de KARNOFSKY, en la que valora las actividades que el paciente oncológico en etapa terminal puede realizar, observamos que cada paciente se encuentra en una etapa terminal distinta el primer paciente corresponde al 25% se encuentra en la escala 70 la cual nos indica que el paciente es capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo, el otro 25% representa la escala 60 la cual nos muestra que el paciente requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo, el otro 25% representa la escala 50 en la cual observamos que el paciente requiere gran atención, incluso de tipo médico y se encuentra encamado menos del 50% del día, por último encontramos el 25 % que corresponde a la escala 40 en la que se evidencia que el paciente se encuentra inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales es decir se encuentra encamado más del 50% del día, de esta manera se da a conocer el pronóstico, medir los cambios en la capacidad del paciente para funcionar o decidir si puede ser incluido en un estudio clínico hospitalariamente y valorar el impacto de un tratamiento y el pronóstico de la enfermedad. (Gómez & Ojeda, 2005).

4.3. Identificación del problema

Situación actual.

- Auto percepción – Auto concepto

Baja autoestima situacional

Trastorno de la imagen corporal

- Afrontamiento Tolerancia al Estrés

Afrontamiento ineficaz

Ansiedad

Temor

- Percepción manejo de la salud.

Riesgo de infección

- Nutricional metabólico

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Riesgo de déficit de volumen de líquidos

- Eliminación

Diarrea

Estreñimiento

Incontinencia fecal

- Actividad y ejercicio

Deterioro de la movilidad física

- Reposo sueño

Insomnio

- Cognitivo perceptual

Conocimientos deficientes

Dolor agudo

PROBLEMA DEL PATRÓN AFECTADO	DOMINIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA NANDA
BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.	<p>DOMINIO 6: Autopercepción</p> <p>CLASE 2: Autoestima</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00120</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alteración de la imagen corporal -Deterioro funcional <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal. -Verbalización de negación de sí mismo -Expresiones de inutilidad 	Baja autoestima situacional a causa de la enfermedad por alteraciones de la imagen corporal y deterioro funcional
TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	<p>DOMINIO 6: Autopercepción</p> <p>CLASE 3: Imagen corporal</p> <p>CÓDIGO DEL DX: 00118</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermedad -Tratamiento de la enfermedad -Cirugía <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Temor a la reacción de otros -Verbalización en el estado de cambio de vida -Sentimientos negativos sobre el cuerpo 	Trastorno de la imagen corporal a causa del proceso patológico y su tratamiento.

	-Verbalización de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo (por ejm: aspecto, estructura, función.)	
AFRONTAMIENTO INEFICAZ	<p>DOMINIO 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés</p> <p>CLASE 2: respuestas de afrontamiento</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00069</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación -Inadecuado nivel de percepción de control -Inadecuación de los recursos disponibles. <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expresiones de incapacidad para el afrontamiento. -Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. -Inadecuado nivel de percepción de control. 	Afrontamiento ineficaz exteriorizado por una respuesta de tolerancia al estrés debido a la patología.

ANSIEDAD	<p>DOMINIO 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés.</p> <p>CLASE 2: respuesta de afrontamiento</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00146</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cambio en entorno, el estado de salud -Estrés <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales. -Angustia -Aumento de la tensión arterial -Aumento del pulso -Insomnio 	<p>Ansiedad a causa de la anticipación del peligro que produce la patología.</p>
TEMOR	<p>DOMINIO 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés.</p> <p>CLASE 2: respuesta de afrontamiento</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00148</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (por ejm: hospitalización, procedimientos hospitalarios) - -Origen innato (por ejm: ruido súbito, altura, dolor, pérdida del apoyo físico) <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informes de sentirse asustado 	<p>Temor como respuesta a una amenaza que se reconoce como un peligro a consecuencia de la patología.</p>

	<p>-Aumento de la alerta</p> <p>-Aumento presión arterial sistólica</p> <p>-Aumento frecuencia respiratoria</p> <p>-Aumento pulso</p>	
RIESGO DE INFECCIÓN	<p>DOMINIO 11: seguridad y protección.</p> <p>CLASE 1: infección</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00004</p> <p>Relacionado por: procedimientos invasivos (sonda vesical, sonda nasogástrica, catéter venoso periférico y/ o central, drenajes).</p> <p>- Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel).</p>	Riesgo de infección relacionado con el peligro de ser invadido por organismos patógenos.
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES.	<p>DOMINIO 2: nutrición</p> <p>CLASE 1: ingestión</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00002</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Incapacidad para ingerir los alimentos</p> <p>-Incapacidad para absorber los nutrientes</p> <p>-Factores psicológicos.</p> <p>-Factores biológicos</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Pérdida de peso en un 20% o más por debajo del peso ideal</p> <p>-Palidez de las conjuntivas y mucosas</p> <p>-Esteatorrea</p>	<p>Desequilibrio nutricional</p> <p>Debido a la insuficiente ingesta de nutrientes que no satisface las necesidades metabólicas.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Diarrea -Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado -Dolores cólico abdominales -Falta de interés en los alimentos. 	
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	<p>DOMINIO 11: seguridad y protección</p> <p>CLASE 2: lesión física</p> <p>CÓDIGO DEL Dx:00047</p> <p>Relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmovilización física. -Factores mecánicos (Ej. Fuerzas de cizallamiento, Presión, sujeciones). - Hipertermia - Edades extremas. - Prominencias óseas. -Estado de desequilibrio nutricional (ej. Obesidad, emaciación) 	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea debido a las lesiones físicas y al desequilibrio nutricional que causa la patología.
RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	<p>DOMINIO 2: Nutrición</p> <p>CLASE 5 : Hidratación</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00028</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Perdidas excesivas a través de vías normales (por ejm: Diarrea) 	Riesgo de déficit de volumen de líquidos por perdidas excesivas que conllevan a una deshidratación, vascular, celular o intracelular

DIARREA.	<p>DOMINIO 3: Eliminación e intercambio</p> <p>CLASE 2 : Función gastro intestinal</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00013</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Abuso de laxantes -Irradiación -Ansiedad <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor abdominal -Eliminación mínima de tres deposiciones líquidas por día – Urgencia para defecar 	Diarrea por alteración de la función gastro intestinal debido a factores que altera la patología.
ESTREÑIMIENTO	<p>DOMINIO 3: Eliminación e intercambio</p> <p>CLASE 2 : Función gastro intestinal</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00011</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Malos hábitos alimentarios. -Aporte insuficiente de fibras -Aporte insuficiente de líquidos -Disminución de la motilidad del tracto intestinal. <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Defecación dificultosa -Eliminación de heces duras, secas y formadas. - Distensión abdominal 	Estreñimiento por la reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal que dificulta la eliminación.

INCONTINENCIA FECAL	<p>DOMINIO 3: Eliminación e intercambio</p> <p>CLASE 2 : Función gastro intestinal</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00014</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deterioro de la capacidad de contener las heces. <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Goteo constante de heces blandas -Olor fecal -Manchas fecales en la ropa -Incapacidad para retrasar la defecación. -Falta atención a la urgencia de defecar -Piel perianal enrojecida 	<p>Incontinencia fecal debido al cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizada por la emisión involuntaria de heces.</p>
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	<p>DOMINIO 4: Actividad / Reposo</p> <p>CLASE 2: Actividad / Ejercicio</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00085</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intolerancia a la actividad -Malestar -Dolor -Prescripción de restricción de movimientos <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para girarse -Inestabilidad postural -Enlentecimiento del movimiento 	<p>Deterioro de la movilidad física por la limitación del movimiento del cuerpo o de una o más extremidades</p>

INSOMNIO	<p>DOMINIO 4: Actividad / Reposo</p> <p>CLASE 2: Sueño / reposo</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00095</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad -Depresión -Temor -Factores del entorno -Malestar físico -Estrés <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observación de cambios de la emotividad -El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño. 	Insomnio debido al trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	<p>DOMINIO 5: percepción /cognición</p> <p>CLASE 4: cognición</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00126</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mala interpretación de la información -Poca familiaridad con los recursos para obtener la información <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verbalización del problema 	Conocimientos deficientes debido a la carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.
DOLOR AGUDO	<p>DOMINIO 12: confort</p> <p>CLASE 1: confort físico</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00132</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Agentes lesivos (biológicos, 	Dolor agudo debido a la experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por

	químicos, físicos, psicológicos). Manifestado por: -Informe verbal del dolor y conductas expresivas.	problemas reales o potenciales a consecuencia de la patología.
--	--	--

4.3.1. Proceso de Atención de Enfermería en cáncer de Colon

NIVEL: TERCERO	SERVICIO: ONCOLOGÍA	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CÁNCER DE COLON				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	INDICADOR / VALORACIÓN	EVALUACIÓN <u>PUNTUACION</u> <u>DIANA.</u> <u>MANTENER</u> <u>AUMENTAR</u>	
BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL. Relacionado por: -Alteración de la imagen corporal -Deterioro funcional Manifestado por: -Informes verbales de que la situación actual	Autoestima(1205) Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Bienestar psicológico (M)	Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena Permanecer con el paciente y	El sentimiento de culpa es considerado como una emoción negativa que, si bien a nadie le gusta experimentar, lo cierto es que es necesaria para la correcta adaptación a nuestro entorno. Ayuda a que el paciente se encuentre en un	<u>Indicadores.</u> Verbalizaciones de auto aceptación Aceptación de las propias limitaciones Mantenimiento de una postura erecta Comunicación	3 2 2	4 3 3

<p>desafía su valía personal.</p> <p>-Verbalización de negación de si mismo</p> <p>-Expresiones de inutilidad</p>		<p>proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</p> <p>No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado</p>	<p>ambiente tranquilo y cómodo durante los sentimientos demostrados.</p> <p>El funcionamiento cognitivo puede ser preocupante en pacientes afectados con alteraciones por las que están experimentando cambios en el estado cognitivos a causa de su enfermedad.</p>	<p>abierta</p> <p>Mantenimiento del cuidado / higiene personal</p> <p>Sentimientos sobre su propia persona</p> <p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Nunca positivo</p> <p>Raramente positivo</p> <p>A veces positivo</p> <p>Frecuentemente positivo</p> <p>Siempre positivo</p>	<p>3</p> <p>2</p>	<p>4</p> <p>3</p>
<p>TRASTORNO DE LA</p>	<p>Aceptación:</p>	<p>Valorar la comprensión</p>	<p>Esto ayuda a que el</p>	<p><u>Indicadores.</u></p>		

<p>IMAGEN CORPORAL</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermedad -Tratamiento de la enfermedad -Cirugía <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Temor a la reacción de otros -Verbalización en el estado de cambio de vida -Sentimientos negativos sobre el cuerpo -Verbalización de sentimientos que 	<p>estado de salud(1300)</p> <p>Dominio: Salud psicosocial(III)</p> <p>Clase: Adaptación psicosocial (N)</p>	<p>del paciente del proceso de la enfermedad.</p> <p>Disponer un ambiente de aceptación</p>	<p>paciente se encuentre en un ambiente de comprensión en el que él se sienta tranquilo y así el proceso de su enfermedad sea menos traumático.</p> <p>El ambiente de aceptación busca poner atención a las ideas, inquietudes y creencias sobre lo que está pasando con su vida, por lo q la mejor opción para su adaptación es su domicilio junto a su familia.</p>	<p>Expresa sentimiento sobre el estado de salud</p> <p>Se adapta al cambio en el estado de salud</p> <p>Tranquilidad</p> <p>Calma</p> <p>Muestra resistencia</p> <p>Realización de tareas de cuidados personales</p> <p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Nunca demostrado</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p>
---	--	---	---	--	---	---

<p>reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo (por ej.: aspecto, estructura, función</p>		<p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia y alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.</p>	<p>La información que se le brinde al paciente es muy importante ya que de ella depende todo su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de manera fácil y comprensiva para su manejo.</p> <p>La esperanzase ve afectada por medio del estado de ánimo del paciente por lo que cree que aquello, que deseo o pretendió ya no es alcanzable, en esta etapa es importante el apoyo emocional y psicológico por parte del personal de</p>	<p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>Siempre demostrado</p>		
--	--	---	---	--	--	--

			salud, familia y amigos.			
AFRONTAMIENTO INEFICAZ Relacionado por: -Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación -Inadecuado nivel de percepción de control -Inadecuación de los recursos disponibles. Manifestado por: -Expresiones de incapacidad para el afrontamiento. -Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. -Inadecuado nivel de	Aceptación: estado de salud(1300) Dominio: Salud psicosocial(III) Clase: Adaptación psicosocial ()	Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad. Disponer un ambiente de aceptación	Esto ayuda a que el paciente se encuentre en un ambiente de comprensión en el que se sienta tranquilo y así el proceso de su enfermedad sea menos traumático. El ambiente de aceptación busca poner atención a las ideas, inquietudes y creencias sobre lo que está pasando con su vida, por lo q la mejor opción para su adaptación es su domicilio junto a su	<u>Indicadores.</u> Expresa sentimiento sobre el estado de salud Se adapta al cambio en el estado de salud Tranquilidad Calma Muestra resistencia Realización de tareas de cuidados personales	2 2 3 2 1 2	3 3 4 3 2 3

percepción de control.		<p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia y alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta</p>	<p>familia.</p> <p>La información que se le brinde al paciente es muy importante ya que de ella depende todo su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de manera fácil y comprensiva para su manejo.</p> <p>La esperanzase ve afectada por medio del estado de ánimo del paciente por lo que cree que aquello, que deseo o pretendió ya no es alcanzable, en esta etapa es importante el apoyo</p>	<p>Escala _____ de <u>medición.</u></p> <p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>Siempre demostrado</p>		
------------------------	--	---	---	--	--	--

		adecuado	emocional y psicológico por parte del personal de salud, familia y amigos.			
<p>ANCIEDAD</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cambio en entorno, el estado de salud -Estrés <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales. -Angustia -Aumento de la tensión arterial -Aumento del pulso -Insomnio 	<p>AUTO CONTROL DE LA ANCIEDAD (1402)</p> <p>Dominio: Salud psicosocial (III)</p> <p>Clase: autocontrol (O)</p>	<p>Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del</p>	<p>Explicar el tipo de procedimiento implica una comunicación abierta con el paciente, por lo que el profesional de enfermería establece una relación que genera confianza, da seguridad y brinda apoyo efectivo durante procedimientos a los que el paciente se ha expuesto</p> <p>La información que se le brinde al paciente es muy importante ya que</p>	<p><u>Indicadores.</u></p> <p>Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso</p> <p>Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.</p> <p>Refiere incremento de la duración entre</p>	2	3
					3	4
					1	2
					2	3
					2	3

		<p>diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> <p>Administrar masajes en la espalda/ cuello si</p>	<p>de ella depende todo su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de manera fácil y comprensiva para su manejo.</p> <p>La importancia de permanecer con el paciente disminuye el nivel de ansiedad, por lo que es recomendable efectuar intervenciones de distracción recreativa para promover la seguridad en el paciente con cáncer terminal.</p> <p>Esto ayuda al paciente a mantenerse relajado en</p>	<p>episodios</p> <p>Mantiene la concentración</p> <p>Refiere dormir de forma adecuada</p> <p>Controla la respuesta de ansiedad.</p> <p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p>	2	3
--	--	--	---	---	---	---

		<p>procede.</p> <p>Instruir al paciente sobre técnicas de relajación</p> <p>Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad , si esta prescripto</p>	<p>un ambiente tranquilo y sin tenciones en su estado de salud.</p> <p>Ayudará a mantener un mejor estado de salud físico, psicológico y emocional en su entorno.</p> <p>El consumo de medicina para controlar la depresión ayuda a la persona con cáncer a manejar el miedo y nerviosismo causados por su enfermedad.</p>	<p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>Siempre demostrado</p>		
--	--	--	--	--	--	--

<p>TEMOR</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (por eje: hospitalización, procedimientos hospitalarios) -Origen innato (por ejm: ruido</p>	<p>Autocontrol del miedo(1404)</p> <p>Dominio: Salud psicosocial (III).</p> <p>Clase: autocontrol(O)</p>	<p>Disponer un ambiente no amenazador</p>	<p>El estrés crea un estrés amenazador en el paciente lo q constituye una presión del medio ambiente físico y emocional por lo que requiere apoyo profesional durante la etapa terminal.</p>		
		<p>Pasar tiempo con el paciente</p>	<p>Ayuda a comunicar verbalmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.</p>		
		<p>Escuchar los miedos del paciente/ familia.</p>	<p>Ayuda a mantener una relación de confianza y seguridad brindada por</p>		
				3	4
				2	3

<p>súbito, altura, dolor, pérdida del apoyo físico)</p> <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informes de sentirse asustado -Aumento de la alerta -Aumento presión arterial sistólica -Aumento frecuencia respiratoria -Aumento pulso 		<p>Explicar al paciente / familia todas las pruebas y procedimientos</p>	<p>parte del personal de salud en cuanto a los miedos que se presentan durante el transcurso de la patología hasta su etapa final y muerte</p> <p>Explicar el tipo de procedimiento implica una comunicación abierta con el paciente, por lo que el profesional de enfermería establece una relación que genera confianza, da seguridad y brinda apoyo efectivo durante procedimientos a los que el paciente se ha</p>	<p><u>Indicadores.</u></p> <p>Elimina los factores precursores del miedo</p> <p>Busca información para reducir el miedo</p> <p>Evita fuentes de miedo cuando es posible</p> <p>Utiliza técnicas de</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>4</p> <p>3</p>
--	--	--	--	--	----------------------------	----------------------------

		<p>Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera</p>	<p>expuesto</p> <p>La comunicación durante la etapa de cáncer es importante ya que ocasiona sentimientos desagradables, por lo que se recomienda comunicar su estado de salud al paciente y familiar de una forma puntual y sincera.</p>	<p>relajación para reducir el miedo</p> <p>Mantiene el control sobre su vida.</p> <p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>Siempre demostrado</p>	
--	--	---	--	--	--

<p>RIESGO DE INFECCION Relacionado por procedimientos invasivos (sonda vesical, sonda nasogástrica, catéter venoso periférico y/ o central, drenajes). - Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel).</p>	<p>Conocimiento : control de la infección (1842) Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conocimientos sobre salud (s)</p>	<p>Instruir al pte/ familia a cerca de signos y síntomas de infección y cuando deben informarse de ellos al cuidador Fomentar una ingesta nutricional adecuada. Dieta hiperproteica fraccional más líquidos</p>	<p>Mantener una comunicación adecuada con la paciente ayuda a una mejor comprensión de su situación de salud, por lo tanto evitara un posible riesgo de infección. Una buena dieta hiperproteica ayuda a que los tejidos se reconstruyan y la herida se pueda cerrar ya que las proteínas restauran tejidos. (Rivera , Mòran, & Triviño, 2010)</p>	<p><u>Indicadores</u> Reconocer factores de riesgo Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo Evita exponerse a las amenazas para la salud Reconoce cambios en el estado de salud Supervisa los cambio en el estado e salud</p>	<p>3 3 3 4 3</p>	<p>4 4 4 5 4</p>
--	--	--	---	--	----------------------------------	----------------------------------

		Asegurar una técnica de cuidado de herida adecuada.	La aplicación de una técnica correcta de asepsia y antisepsia evita la proliferación de microorganismos patógenos previniendo el desarrollo de la infección.	<u>Escala de medición.</u> Nunca demostrado Raramente demostrado A veces demostrado		
		Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.	El lavado de manos es una técnica muy fácil y de gran utilidad para la prevención de infecciones especialmente nosocomiales	Frecuentemente demostrado Siempre demostrado		
		Administración de	Los antibióticos son los			

		antibióticos prescritos. Usar guantes estériles.	fármacos de amplio espectro y más efectivos para reducir la infección ya que éstas matan a bacterias que están produciendo la infección Los guantes estériles sirven de protección para tener contacto directo con piel y así evitar que las bacterias entren en la piel.			
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES. Relacionado por: -Incapacidad para	Estado nutricional(1004) Dominio: salud fisiológica (II) Clase. Nutrición (K)	Determinar las preferencias de comida del paciente	La comida tiene un importante significado para el familiar porque expresa afecto al ser querido, por lo que se recomienda cuidar de la nutrición del paciente	<u>Indicadores</u> Ingestión de nutrientes Ingestión alimentaria Ingestión de	2 2 3 2	3 3 4 3 2

<p>-Falta de interés en los alimentos.</p>		<p>consumirse fácilmente si procede</p> <p>Pesar al paciente a intervalos adecuados</p>	<p>necesarias para la formación, crecimiento y reconstrucción de los tejidos,</p> <p>la alimentación es un proceso voluntario a través del cual proporcionan sustancias aptas para el consumo, las modifica, transforma y utiliza.</p> <p>Pesar al paciente a diario es indispensable para valorar el estado nutricional ya que nos permite medir las necesidades alimentarias,</p>	<p>Desviación leve rango normal</p> <p>S in desviación del rango o normal</p>		
--	--	---	---	---	--	--

			controlando la correcta ingesta y eliminación durante el proceso patológico.			
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA Relacionado con: - Inmovilización física. - Factores mecánicos (Ej. Fuerzas de cizallamiento, Presión, sujeciones). - Hipertermia - Edades extremas. - Proliferaciones óseas. - Estado de	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) Dominio: salud fisiológica (II) Clase: integridad tisular (L)	Lavado de manos y organizar el equipo Enseñar al individuo o a los miembros de la familia el procedimiento de cuidado de la herida. Limpiar la ulcera con	El lavado de manos es una técnica muy fácil y de gran utilidad para la prevención de infecciones especialmente nosocomiales Mantener una comunicación adecuada con la paciente ayuda a una mejor comprensión de su situación de salud La limpieza al Pte.	<u>Indicadores</u> Sensibilidad Integridad de la piel Lesiones cutáneas Lesión de la membrana mucosa Necrosis <u>Escala de medición.</u>	3 4 4 4 4	4 5 5 5 5

<p>desequilibrio nutricional (ej. Obesidad, emaciación)</p>		<p>soluciones no tóxicas adecuadas, con movimientos circulares, desde el centro</p> <p>Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.</p> <p>Controlar el color, temperatura, edema, humedad y la aparición de la piel circundante Registro y</p>	<p>Ayuda a valorar el estado de la piel. Circulación venosa, favorece al descanso y relajación de la misma</p> <p>La protección de la piel disminuye la humedad que es un medio para el crecimiento de microorganismos.</p> <p>La valoración permite la detección precoz, posibilidad de tratamiento rápido y previene complicaciones.</p>	<p>Gravemente comprometido</p> <p>Sustancialmente comprometido</p> <p>Moderadamente comprometido</p> <p>Levemente comprometido</p> <p>No comprometido</p>		
---	--	--	--	---	--	--

		<p>valoración del estado de la herida presencia de secreciones, color olor.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida</p> <p>Cambiar de posición cada una o dos horas para evitar la presión prolongada.</p>	<p>La aparición de signos y síntomas permite una adecuada observación para evitar la proliferación de microorganismos patógenos previniendo el desarrollo de la infección.</p> <p>El cambio de posiciones previene lesiones en la piel e incidencia en relación a las malas</p>			
--	--	---	---	--	--	--

				técnicas de movilización del paciente crítico.			
RIESGO DE DÉFICIT VOLUMEN DE LÍQUIDOS	DE DE DE	Hidratación (0602)	Pesar a diario y controlar la evolución.	Pesar al paciente a diario es indispensable para valorar el estado nutricional ya que nos permite medir las necesidades alimentarias, controlando la correcta ingesta y eliminación durante el proceso patológico.	<u>Indicadores</u>		
Relacionado por: -Perdidas excesivas a través de vías normales (por ejm: Diarrea)		Dominio: salud fisiológica (II) Clase: Líquidos y electrolitos (G)			Piel tersa	2	3
					Membranas mucosas húmedas	2	3
					Sed	3	4
					Orina oscura		
					Glóbulos oculares hundidos, débiles	3	4
					Fontanela hundida	2	3
					Descenso PA	1	2
				El registro preciso de ingesta y eliminación es importante ya que este nos ayuda para ver como evoluciona el paciente y saber si existen perdidas	Pulso rápido	2	3
					Pérdida de peso	3	4
					Movimiento espasmódico ocular	2	3

		<p>Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.</p>	<p>electrolíticas y así poder reponer mediante soluciones aptas para tratar al paciente en fase terminal.</p> <p>Ayuda a mantener un estado nutricional de calidad ya que observamos mediante estos signos si se presenta una alerta esto ayuda a que actuemos de manera inmediata a una hidratación de calidad.</p>	<p><u>Escala de medición</u></p> <p>Gravemente comprometido</p> <p>Sustancialmente comprometido</p> <p>Moderadamente comprometido</p> <p>Levemente comprometido</p> <p>No comprometido</p>		
		<p>Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso</p>	<p>Monitorizar el estado nutricional permite medir las necesidades alimentarias, controlando</p>			

		<p>adecuado y presión sanguínea)</p> <p>Administrar terapia intravenosa según prescripción.</p> <p>Monitorizar el estado nutricional.</p> <p>Administrar los diuréticos prescritos si procede</p>	<p>la correcta ingesta y eliminación durante el proceso patológico.</p> <p>Los diuréticos son de suma importancia para el alivio del malestar que se presenta durante el proceso patológico.</p>			
<p>DIARREA.</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Abuso de laxantes</p> <p>-Irradiación</p> <p>-Ansiedad</p> <p>Manifestado por:</p>	<p>Eliminación intestinal (0501)</p> <p>Dominio: salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: eliminación (F)</p>	<p>Enseñar al paciente el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos.</p>	<p>Es importante que los pacientes sepan el uso adecuado de los antidiuréticos y su importancia ya que de ellos depende de su</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Control de movimientos intestinales</p> <p>Facilidad de</p>	<p>3</p> <p>2</p>	<p>4</p> <p>3</p>

<p>-Dolor abdominal -Eliminación mínima de tres deposiciones líquidas por día – Urgencia para defecar</p>		<p>Solicitar al paciente / miembro familiar que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.</p> <p>Fomentar la</p>	<p>bienestar físico y así evitar complicaciones durante su proceso de enfermedad.</p> <p>Esto ayuda a que el personal de salud diagnostique con precisión el problema que se presenta y así brindar un tratamiento que sea adecuado mediante la correcta administración de medicación e hidratación.</p> <p>La fibra ayuda en la</p>	<p>eliminación de las heces</p> <p>Ruidos abdominales</p> <p>Sangre en las heces</p> <p>Diarrea</p> <p><u>Escala de medición</u></p> <p>Gravemente comprometido</p> <p>Sustancialmente comprometido</p> <p>Moderadamente</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>2</p>
---	--	---	--	--	----------------------------	----------------------------

		<p>realización en pequeñas cantidades, frecuentes y añadir fibras de forma gradual</p> <p>Observar la turgencia de la piel regularmente.</p> <p>Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración</p>	<p>eliminación ya que hace que las heces se endurezcan evitando las deposiciones líquidas y deshidratación.</p> <p>La turgencia de la piel ayuda al personal de salud a observar el nivel de deshidratación que presenta el paciente en el transcurso de la patología.</p> <p>Es importante detectar a tiempo las ulceraciones o irritación de la piel para su tratamiento y así también para educar al</p>	<p>comprometido</p> <p>Levemente comprometido</p> <p>No comprometido</p>		
--	--	---	---	--	--	--

			paciente sobre el aseo y cuidado de la piel perianal, mediante el uso de paños húmedos y crema 0.			
<p>ESTREÑIMIENTO</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Malos hábitos alimentarios. -Aporte insuficiente de fibras -Aporte insuficiente de líquidos -Disminución de la motilidad del tracto intestinal. <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Defecación dificultosa 	<p>Eliminación intestinal (0501)</p> <p>Dominio: salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: eliminación (F)</p>	<p>Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede.</p> <p>Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser</p>	<p>Es importante comprobar los movimientos intestinales ya que puede llevar a una posible pérdida de los reflejos normales del intestino y así puede ocurrir una obstrucción intestinal grave.</p> <p>La ayuda de identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento es</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Patrón de eliminación</p> <p>Facilidad de eliminación de las heces</p> <p>Eliminación fecal sin ayuda</p> <p>Estreñimiento</p> <p>Dolor con el paso de las heces</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p>

<p>-Eliminación de heces duras, secas y formadas.</p> <p>- Distención abdominal</p>		<p>causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</p> <p>Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que este contraindicado.</p> <p>Administrar el enema o la irrigación cuando</p>	<p>importante ya que se debe probablemente a la falta de fibra en la dieta o ciertos fármacos que producen estreñimiento y a la vez su dieta no tiene volumen suficiente para estimular la acción adecuada del intestino.</p> <p>Los líquidos son importantes porque ayudan a mantener hidratado al organismo y a su vez ayuda a que las heces se vuelvan blandas.</p> <p>El enema de evacuación ayuda al paciente a que</p>	<p><u>Escala de medición</u></p> <p>Gravemente comprometido</p> <p>Sustancialmente comprometido</p> <p>Moderadamente comprometido</p> <p>Levemente comprometido</p> <p>No comprometido</p>		
---	--	---	--	--	--	--

<p>retrasar la defecación. -Falta atención a la urgencia de defecar -Piel perianal enrojecida</p>		<p>intestinal, la frecuencia de los episodios y cualquier cambio relacionado de la función intestinal o de la consistencia de las deposiciones.</p> <p>Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.</p>	<p>tratamiento (quimioterapia, radioterapia) por la pérdida y sensibilidad haciéndose más notorio en esta etapa terminal en la que se ven alteradas todas las funciones.</p> <p>Es importante educar al paciente sobre su aseo personal y así evitar lesiones como irritación y ulceraciones que pueden causar los procesos infecciones ya que el paciente se encuentra en un estado de vulnerabilidad.</p>	<p><u>Escala de medición</u></p> <p>Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido</p>		
---	--	---	---	--	--	--

		Controlar la dieta y las necesidades de líquidos	El consumo de alimentos y líquidos es importante en este proceso ya que el paciente precisa de una nutrición adecuada a su estado de salud.			
<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intolerancia a la actividad -Malestar -Dolor -Prescripción de restricción de movimientos <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para 	<p>Autocuidados: actividades de la vida diaria(0300)</p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Autocuidado (D)</p>	<p>Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados</p>	<p>Todos los seres humanos tienen necesidades básicas que tratan de satisfacer a lo largo de la vida. Estas necesidades abarcan los distintos aspectos del hombre, tales como las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales indistintamente de la edad.</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Comen</p> <p>Se viste</p> <p>Uso del inodoro</p> <p>Se baña</p> <p>Se peina</p> <p>Higiene</p> <p>Higiene bucal</p> <p>Deambulación: camina</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>3</p>

<p>girarse</p> <p>-Inestabilidad postural</p> <p>-Enlentecimiento del movimiento</p>		<p>Observar las necesidades por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo alimentación</p>	<p>La estimulación al paciente para que realice actividades como: la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo alimentación etc. Cuando las fuerzas físicas disminuyan se puede ayudar al paciente con material ortopédico como andadores, sillas de ruedas, etc. le permitan prolongar su autonomía. Asimismo, la realización de ejercicio físico ayuda a retardar la pérdida de su vida normal.</p>	<p><u>Escala</u> _____ <u>de</u></p> <p><u>medición.</u></p> <p>Gravemente comprometido</p> <p>Sustancialmente comprometido</p> <p>Moderadamente comprometido</p> <p>Levemente comprometido</p> <p>No comprometido</p>		
--	--	--	--	--	--	--

		<p>Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia</p> <p>Animar al paciente a realizar actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad</p>	<p>Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte</p> <p>Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.</p>			
INSOMNIO	Equilibrio	Ajustar el ambiente	Esto ayuda a que el	<u>Indicadores</u>		

Relacionado por:	emocional(1204)	(luz, ruido,	paciente se encuentre en	Refiere dormir de	2	3
-Ansiedad	Dominio: salud	temperatura colchón y	un ambiente de	forma adecuada		
-Depresión	psicosocial(III)	cama) para favorecer	comprensión en el que él	Mantiene el	2	3
-Temor		el sueño	se sienta tranquilo y así el	arreglo y la		
-Factores del entorno	Clase :bienestar		proceso de su	higiene personal		
-Malestar físico	Psicológico.(M)		enfermedad sea menos	Expresa el	2	3
-Estrés			traumático y así pueda	seguimiento del		
Manifestado por:			conciliar el sueño de una	régimen de	3	4
-Observación de			forma adecuada y en el	medicación		
cambios de la			horario debido	Muestra interés	2	3
emotividad				por lo que le rodea		
-El paciente informa			Es importante controlar	Refiere capacidad		
de dificultad para		Controlar la ingesta de	la ingesta de alimentos y	para realizar la		
conciliar el sueño.		alimentación y	bebidas a la hora de ir a	capacidades		
		bebidas a la hora de	la cama ya que algunos	diarias		
		irse a la cama para	alimentos pueden causar			
		determinar los	llenura o gases que	<u>Escala de</u>		
		productos que	entorpezcan el sueño y	<u>medición</u>		
		faciliten o entorpezcan	así para que el paciente			

		<p>el sueño.</p> <p>Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia</p> <p>Ajustar el programa</p>	<p>pueda descansar sin ningún problema.</p> <p>Es importante limitar el sueño durante el día mediante actividades que busca poner atención a las ideas, e inquietudes las cuales ayudan al paciente a mantenerse ocupado en el día y para que concilie el sueño por la noche en un ambiente de tranquilidad y adaptación en su domicilio junto a su familia.</p> <p>Las alteraciones físicas,</p>	<p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>Siempre demostrado</p>		
--	--	--	---	--	--	--

		<p>de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño.</p> <p>Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño,</p>	<p>emocionales y fisiológicas a causa de la patología altera el estado del sueño por lo que es importante el apoyo de medicación para mejorar el descanso y cumplir las necesidades de sueño.</p> <p>Las técnicas para mejorar el sueño como masajes, musicoterapia, o alguna actividad relajante como el baño ayudan a conciliar el sueño del paciente.</p>			
<p>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES</p> <p>Relacionado por:</p>	<p>Conocimiento régimen terapéutico (1813)</p>	<p>Informar a cerca de actividades apropiadas en función del estado</p>	<p>Las actividades que el paciente puede realizar durante el día son: aseo</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Proceso de la</p>		

		<p>Ayudar al paciente a incorporar las actividad / ejercicio en la rutina diaria/ estilo de vida.</p> <p>Incluir a la familia /ser querido si es apropiado</p>	<p>El ejercicio adecuado beneficia al organismo durante su forma física actual y ayuda también a mantener una rutina diaria en lo que el paciente permanecerá ocupado y sin molestias.</p> <p>El apoyo de la familia es indispensable por lo que ayudara a que le paciente se sienta seguro en las actividades que realiza.</p>	<p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Ningún conocimiento</p> <p>Conocimiento escaso</p> <p>Conocimiento moderado</p> <p>Conocimiento sustancial</p> <p>Conocimiento extenso</p>		
--	--	--	---	---	--	--

DOLOR AGUDO	Control del dolor (1605) Dominio: conocimiento y conducta de salud. (IV) Clase: conducta de salud (Q	Control de signos vitales Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.	Los signos vitales son manifestaciones fisiológicas que nos indican la situación de salud del paciente, nos permiten identificar alteraciones Mantener una comunicación adecuada con la paciente ayuda a una mejor comprensión de su situación de salud, por lo tanto ayudará a sobrellevar su enfermedad hasta el final de sus días Permite la correcta utilización de medidas	<u>Indicadores</u> Utiliza los analgésicos de forma apropiada Reconoce síntomas asociados al dolor Refiere dolor controlado <u>Escala de medición.</u> Nunca demostrado Raramente demostrado	4 3 3	5 4 4
-------------	--	---	---	--	---------------------	---------------------

		<p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que influya la localización, características aparición / duración, frecuencia calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (de relajación).</p> <p>Asegurarse de que el paciente reciba los</p>	<p>terapéuticas.</p> <p>Las técnicas de relajación ayudan a disminuir la tensión, ayudan al paciente a centrarse a relajar ciertas partes de su cuerpo promoviendo la liberación de endorfinas que también disminuyen la intensidad del dolor.</p> <p>Los analgésicos son los fármacos más efectivos</p>	<p>A veces</p> <p>demostrado</p> <p>Frecuentemente</p> <p>demostrado</p> <p>Siempre</p> <p>demostrado</p>		
--	--	---	--	---	--	--

		cuidados analgésicos correspondientes	para reducir el dolor ya que inhiben la ciclooxigenasa impidiendo la formación de prostaglandinas que transmiten el dolor.			
--	--	---------------------------------------	--	--	--	--

4.4. Identificación del problema

Situación actual.

- Actividad y ejercicio

Deterioro de la movilidad física

- Reposo sueño

Insomnio

- Cognitivo perceptual

Conocimientos deficientes

Dolor agudo

- Autopercepción – Auto concepto

Temor

- Afrontamiento Tolerancia al Estrés

Ansiedad

Riesgo de baja autoestima situacional

- Percepción manejo de la salud.

Riesgo de infección

PROBLEMA DEL PATRÓN AFECTADO	DOMINIO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	<p>DOMINIO 4: Actividad / Reposo</p> <p>CLASE 2: Actividad / Ejercicio</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00085</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intolerancia a la actividad -Malestar -Dolor -Prescripción de restricción de movimientos <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para girarse -Inestabilidad postural -Enlentecimiento del movimiento 	Deterioro de la movilidad física por la limitación del movimiento del cuerpo o de una o más extremidades.
INSOMNIO	<p>DOMINIO 4: Actividad / Reposo</p> <p>CLASE 2: Sueño / reposo</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00095</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad -Depresión -Temor -Factores del entorno -Malestar físico -Estrés <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observación de cambios de 	Insomnio debido al trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

	<p>la emotividad</p> <p>-El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño.</p>	
<p>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES</p>	<p>DOMINIO 5: percepción /cognición</p> <p>CLASE 4: cognición</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00126</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Mala interpretación de la información</p> <p>-Poca familiaridad con los recursos para obtener la información</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Verbalización del problema</p>	<p>Conocimientos deficientes debido a la carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p>
<p>DOLOR AGUDO</p>	<p>DOMINIO 12: confort</p> <p>CLASE 1: confort físico</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00132</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Informe verbal del dolor y conductas expresivas.</p>	<p>Dolor agudo debido a la experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por problemas reales o potenciales a consecuencia de la patología.</p>

<p>TEMOR</p>	<p>DOMINIO 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés.</p> <p>CLASE 2: respuesta de afrontamiento</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00148</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (por ej.: hospitalización, procedimientos hospitalarios) -Origen innato (por ej.: ruido súbito, altura, dolor, pérdida del apoyo físico) <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informes de sentirse asustado -Aumento de la alerta -Aumento presión arterial sistólica -Aumento frecuencia respiratoria -Aumento pulso 	<p>Temor como respuesta a una amenaza que se reconoce como un peligro a consecuencia de la patología.</p>
<p>ANSIEDAD</p>	<p>DOMINIO 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés.</p> <p>CLASE 2: respuesta de afrontamiento</p>	<p>Ansiedad a causa de la anticipación del peligro que produce la patología.</p>

		<p>CÓDIGO DEL Dx: 00146</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cambio en entorno, el estado de salud -Estrés <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales. -Angustia -Aumento de la tensión arterial -Aumento del pulso -Insomnio 	
RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL		<p>Dominio 6 : autopercepción</p> <p>Clase 2: Autoestima</p> <p>Código Dx. 00153</p> <p>Relacionado por</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trastorno de la imagen corporal 	Riesgo de baja autoestima situacional por desarrollar una percepción negativa a una situación actual
RIESGO DE INFECCION		<p>DOMINIO 11: seguridad y protección.</p> <p>CLASE 1: infección</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00004</p> <p>Relacionado por:</p> <p>procedimientos invasivos (sonda vesical, sonda nasogástrica, catéter venoso periférico y/ o central,</p>	Riesgo de infección relacionado con el peligro de ser invadido por organismos patógenos.

	drenajes). - Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel).	
--	---	--

4.4.1. Proceso de Atención de Enfermería en Cáncer de tiroides

NIVEL: TERCERO	SERVICIO: ONCOLOGÍA	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CÁNCER DE TIROIDES.				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	INDICADOR / VALORACIÓN	EVALUACIÓN <u>PUNTUACION</u> <u>DIANA.</u> <u>MANTENER</u> <u>AUMENTAR</u>	
<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intolerancia a la actividad -Malestar -Dolor -Prescripción de restricción de movimientos 	<p>Autocuidados: actividades de la vida diaria(0300)</p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Autocuidado (D)</p>	<p>Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados</p>	<p>Todos los seres humanos tienen necesidades básicas que tratan de satisfacer a lo largo de la vida. Estas necesidades abarcan los distintos aspectos del hombre, tales como las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales indistintamente de la</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Comen</p> <p>Se viste</p> <p>Uso del inodoro</p> <p>Se baña</p> <p>Se peina</p> <p>Higiene</p> <p>Higiene bucal</p> <p>Deambulación: camina</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>3</p>

<p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para girarse -Inestabilidad postural -Enlentecimiento del movimiento 		<p>Observar las necesidades por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo alimentación</p>	<p>edad.</p> <p>La estimulación al paciente para que realice actividades como: la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo alimentación etc. Cuando las fuerzas físicas disminuyan se puede ayudar al paciente con material ortopédico como andadores, sillas de ruedas, etc. le permitan prolongar su autonomía. Asimismo, la realización de ejercicio físico ayuda a retardar la pérdida de su</p>	<p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Gravemente comprometido</p> <p>Sustancialmente comprometido</p> <p>Moderadamente comprometido</p> <p>Levemente comprometido</p> <p>No comprometido</p>		
--	--	--	--	---	--	--

		<p>Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia</p> <p>Animar al paciente a realizar actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad</p>	<p>vida normal.</p> <p>Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.</p>			
<p>INSOMNIO</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Ansiedad</p> <p>-Depresión</p> <p>-Temor</p> <p>-Factores del entorno</p>	<p>Equilibrio emocional(1204)</p> <p>Dominio: salud psicosocial(III)</p> <p>Clase :bienestar</p>	<p>Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura colchón y cama) para favorecer el sueño</p>	<p>Esto ayuda a que el paciente se encuentre en un ambiente de comprensión en el que él se sienta tranquilo y así el proceso de su enfermedad</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Refiere dormir de forma adecuada</p> <p>Mantiene el arreglo y la</p>	<p>2</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>3</p>

<p>-Malestar físico</p> <p>-Estrés</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Observación de cambios de la emotividad</p> <p>-El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño.</p>	<p>Psicológico.(M)</p>	<p>Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.</p>	<p>sea menos traumático y así pueda conciliar el sueño de una forma adecuada y en el horario debido.</p> <p>Es importante controlar la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de ir a la cama ya que algunos alimentos pueden causar llenura o gases que entorpezcan el sueño y así para que el paciente pueda descansar sin ningún problema.</p>	<p>higiene personal</p> <p>Expresa el seguimiento del régimen de medicación</p> <p>Muestra interés por lo que le rodea</p> <p>Refiere capacidad para realizar la capacidades diarias</p> <p><u>Escala</u> de <u>medición</u></p> <p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>4</p> <p>3</p>
---	------------------------	---	---	---	----------------------------	----------------------------

		<p>Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.</p> <p>Ajustar el programa de administración de medicamentos para</p>	<p>Es importante limitar el sueño durante el día mediante actividades que busca poner atención a las ideas, e inquietudes las cuales ayudan al paciente a mantenerse ocupado en el día y para que concilie el sueño por la noche en un ambiente de tranquilidad y adaptación en su domicilio junto a su familia.</p> <p>Las alteraciones físicas, emocionales y fisiológicas a causa de la patología</p>	<p>demostrado</p> <p>A veces</p> <p>demostrado</p> <p>Frecuentemente</p> <p>demostrado</p> <p>Siempre</p> <p>demostrado</p>		
--	--	---	--	---	--	--

		<p>apoyar el ciclo de sueño.</p> <p>Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño,</p>	<p>altera el estado del sueño por lo que es importante el apoyo de medicación para mejorar el descanso y cumplir las necesidades de sueño.</p> <p>Las técnicas para mejorar el sueño como masajes, musicoterapia, o alguna actividad relajante como el baño ayudan a conciliar el sueño del paciente.</p>			
<p>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Mala interpretación de la información</p> <p>-Poca familiaridad</p>	<p>Conocimiento régimen terapéutico (1813)</p> <p>Dominio:</p>	<p>Informar a cerca de actividades apropiadas en función del estado físico</p>	<p>Las actividades que el paciente puede realizar durante el día son: aseo diario, alimentación, vestido, caminatas cortas, ya que ayudan a mantener</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Proceso de la enfermedad</p> <p>Responsabilidades de los propios cuidados para el</p>	3	4

<p>con los recursos para obtener la información</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Verbalización del problema</p>	<p>conocimiento y conducta de salud (IV)</p>		<p>un buen estado físico y así mejoran la calidad de vida.</p>	<p>tratamiento actúa</p>	2	3
	<p>Clase:</p>				2	3
	<p>conocimientos sobre salud (S)</p>	<p>Enseñar una buena postura y mecánica corporal si procede</p>	<p>La mecánica corporal del paciente es de suma importancia ya que ayuda a evaluar al personal de salud si presenta alguna otra complicación ya que las posturas son un signo de comunicación si presenta dolor u otro tipo de malestar en el organismo.</p>	<p>Efectos esperados del tratamiento</p> <p>Medicación prescrita</p> <p>Actividad prescrita</p> <p>Beneficios del tratamiento de la enfermedad</p>	3	4
		<p>Ayudar al paciente a incorporar las</p>	<p>El ejercicio adecuado beneficia al organismo</p>	<p><u>Escala de medición.</u></p>	3	4

		<p>actividad / ejercicio en la rutina diaria/ estilo de vida</p> <p>Incluir a la familia /ser querido si es apropiado</p>	<p>durante su forma física actual y ayuda también a mantener una rutina diaria en lo que el paciente permanecerá ocupado y sin molestias.</p> <p>El apoyo de la familia es indispensable por lo que ayudara a que le paciente se sienta seguro en las actividades que realiza.</p>	<p>Ningún conocimiento</p> <p>Conocimiento escaso</p> <p>Conocimiento moderado</p> <p>Conocimiento sustancial</p> <p>Conocimiento extenso</p>		
DOLOR AGUDO	<p>Control del dolor (1605)</p> <p>Dominio: conocimiento y conducta de salud. (IV)</p> <p>Clase: conducta</p>	Control de signos vitales	<p>Los signos vitales son manifestaciones fisiológicas que nos indican la situación de salud del paciente, nos permiten identificar alteraciones</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Utiliza los analgésicos de forma apropiada</p> <p>Reconoce síntomas</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>5</p> <p>4</p> <p>4</p>

	de salud (Q	<p>Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que influya la localización, características aparición / duración, frecuencia calidad intensidad o severidad del dolor y factores</p>	<p>Mantener una comunicación adecuada con la paciente ayuda a una mejor comprensión de su situación de salud, por lo tanto ayudará a sobrellevar su enfermedad hasta el final de sus días</p> <p>Permite la correcta utilización de medidas terapéuticas.</p>	<p>asociados al dolor Refiere dolor controlado</p> <p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Nunca demostrado Raramente demostrado</p>		
--	-------------	---	---	---	--	--

		<p>desencadenantes.</p> <p>Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (de relajación).</p> <p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes</p>	<p>Las técnicas de relajación ayudan a disminuir la tensión, ayudan al paciente a centrarse a relajar ciertas partes de su cuerpo promoviendo la liberación de endorfinas que también disminuyen la intensidad del dolor.</p> <p>Los analgésicos son los fármacos más efectivos para reducir el dolor ya que inhiben la ciclooxigenasa impidiendo la formación de prostaglandinas que</p>	<p>A veces demostrado Frecuentemente demostrado Siempre demostrado</p>		
--	--	--	---	--	--	--

			transmiten el dolor.											
<p>TEMOR</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (por ej.: hospitalización, procedimientos hospitalarios) -Origen innato (por ej.: ruido súbito, altura, dolor, pérdida del apoyo físico)</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Informes de sentirse asustado</p> <p>-Aumento de la alerta</p>	<p>Autocontrol del miedo(1404)</p> <p>Dominio: Salud psicosocial (III).</p> <p>Clase: autocontrol(O)</p>	<p>Disponer un ambiente no amenazador</p> <p>Pasar tiempo con el paciente</p> <p>Escuchar los miedos del paciente/ familia.</p> <p>Explicar al paciente / familia todas las</p>	<p>El estrés crea un estrés amenazador en el paciente lo q constituye una presión del medio ambiente físico y emocional por lo que requiere apoyo profesional durante la etapa terminal.</p> <p>Ayuda a comunicar verbalmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.</p> <p>Ayuda a mantener una relación de confianza y</p>	<p><u>Indicadores.</u></p> <p>Elimina los factores precursores del miedo</p> <p>Busca información para reducir el miedo</p> <p>Evita fuentes de miedo cuando es posible</p> <p>Utiliza técnicas de</p>	3	4	2	3	2	3	3	4	2	3

<p>-Aumento presión arterial sistólica</p> <p>-Aumento frecuencia respiratoria</p> <p>-Aumento pulso</p>		<p>pruebas y procedimientos.</p>	<p>seguridad brindada por parte del personal de salud en cuanto a los miedos que se presentan durante el transcurso de la patología hasta su etapa final y muerte.</p> <p>Explicar el tipo de procedimiento implica una comunicación abierta con el paciente, por lo q el profesional de enfermería establece una relación que genera confianza, da seguridad y brinda apoyo efectivo durante procedimientos a los que</p>	<p>relajación para reducir el miedo</p> <p>Mantiene el control sobre su vida.</p> <p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p>		
--	--	----------------------------------	--	---	--	--

		Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera	el paciente se ha expuesto La comunicación durante la etapa de cáncer es importante ya que ocasiona sentimientos desagradables, por lo que se recomienda comunicar su estado de salud al paciente y familiar de una forma puntual y sincera.	A veces demostrado Frecuentemente demostrado Siempre demostrado		
<p>ANCIEDAD</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Cambio en entorno, el estado de salud</p> <p>-Estrés</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Expresión de</p>	<p>AUTO CONTROL DE LA ANCIEDAD (1402)</p> <p>Dominio: Salud psicosocial (III)</p> <p>Clase:</p>	<p>Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento</p>	<p>Explicar el tipo de procedimiento implica una comunicación abierta con el paciente, por lo q el profesional de enfermería establece una relación que genera confianza, da</p>	<p><u>Indicadores.</u></p> <p>Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso</p> <p>Utiliza técnicas de</p>	<p>2</p> <p>3</p>	<p>3</p> <p>4</p>

<p>preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.</p> <p>-Angustia</p> <p>-Aumento de la tensión arterial</p> <p>-Aumento del pulso</p> <p>-Insomnio</p>	<p>autocontrol (O)</p>	<p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</p>	<p>seguridad y brinda apoyo efectivo durante procedimientos a los que el paciente se ha expuesto</p> <p>La información que se le brinde al paciente es muy importante ya que de ella depende todo su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de manera fácil y comprensiva para su manejo.</p> <p>La importancia de permanecer con el paciente disminuye el nivel de ansiedad, por lo</p>	<p>relajación para reducir la ansiedad.</p> <p>Refiere incremento de la duración entre episodios</p> <p>Mantiene la concentración</p> <p>Refiere dormir de forma adecuada</p> <p>Controla la respuesta de ansiedad.</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>
--	------------------------	--	---	---	-------------------------------------	-------------------------------------

			que es recomendable efectuar intervenciones de distracción recreativa para promover la seguridad en el paciente con cáncer terminal.	<u>Escala</u> _____ <u>de</u> <u>medición.</u>		
		Administrar masajes en la espalda/ cuello si procede.	Esto ayuda al paciente a mantenerse relajado en un ambiente tranquilo y sin tenciones en su estado de salud.	Nunca demostrado Raramente demostrado		
		Instruir al paciente sobre técnicas de relajación.	Ayudar a mantener un mejor estado de salud físico, psicológico y emocional en su entorno.	A _____ veces demostrado Frecuentemente demostrado Siempre demostrado		

		Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad , si esta prescripto	El consumo de medicina para controlar la depresión ayuda a la persona con cáncer a manejar el miedo y nerviosismo causados por su enfermedad.			
RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL Dominio 6 : autopercepción Clase 2: Autoestima Código Dx. 00153 Relacionado por -Trastorno de la imagen corporal	Imagen corporal (1200) Dominio: Salud psicosocial (III) Clase. Bienestar psicológico (M)	Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena Permanecer con el paciente y proporcionar	El sentimiento de culpa es considerado como una emoción negativa que, si bien a nadie le gusta experimentar, lo cierto es que es necesaria para la correcta adaptación a nuestro entorno. Ayuda a que el paciente se encuentre en un ambiente tranquilo y	<u>Indicadores</u> Imagen interna de sí mismo Descripción de la parte corporal afectada Satisfacción con el aspecto corporal Actitud hacia la	2 1 2 1	3 2 3 2

		<p>sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</p> <p>No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado</p>	<p>cómodo durante los sentimientos demostrados.</p> <p>El funcionamiento cognitivo puede ser preocupante en pacientes afectados con alteraciones por las que están experimentando cambios en el estado cognitivos a causa de su enfermedad.</p>	<p>utilización de estrategias para mejorar la función corporal</p> <p>Adaptación a cambios en el aspecto físico</p> <p>Adaptación a cambios en el estado de salud</p> <p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Nunca positivo</p> <p>Raramente positivo</p> <p>A veces positivo</p> <p>Frecuentemente</p>	2	3
					2	3

					positivo Siempre positivo		
RIESGO DE INFECCIÓN	Conocimiento : control de la infección (1842)	Instruir al paciente/familia a cerca de signos y síntomas de infección y cuando deben informarse de ellos al cuidador	Mantener una comunicación adecuada con la paciente ayuda a una mejor comprensión de su situación de salud, por lo tanto evitara un posible riesgo de infección.		<u>Indicadores</u> Reconocer factores de riesgo	3	4
Relacionado por: procedimientos invasivos (sonda vesical, sonda nasogástrica, catéter venoso periférico y/ o central, drenajes).	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)				Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo	3	4
- Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel).	Clase: Conocimientos sobre salud (s)	Fomentar una ingesta nutricional adecuada. Dieta hiperproteica fraccional más líquidos	Una buena dieta hiperproteica ayuda a que los tejidos se reconstruyan y la herida se pueda cerrar ya que las proteínas restauran tejidos.		Evita exponerse a las amenazas para la salud	3	4
					Reconoce cambios en el estado de salud	4	5
					Supervisa los cambio en el estado de salud	3	4

		Asegurar una técnica de cuidado de herida adecuada.	La aplicación de una técnica correcta de asepsia y antisepsia evita la proliferación de microorganismos patógenos previniendo el desarrollo de la infección.	<u>Escala de medición.</u> Nunca demostrado Raramente demostrado		
		Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.	El lavado de manos es una técnica muy fácil y de gran utilidad para la prevención de infecciones especialmente nosocomiales.	A veces demostrado Frecuentemente demostrado Siempre demostrado		
		Administración de antibióticos prescritos.	Los antibióticos son los fármacos de amplio espectro y más efectivos para reducir la infección			

		Usar guantes estériles.	ya que éstas matan a bacterias que están produciendo la infección Los guantes estériles sirven de protección para tener contacto directo con piel y así evitar que las bacterias entren en la piel.			
--	--	-------------------------	--	--	--	--

4.5. Identificación del problema

Situación actual.

- Percepción manejo de la salud.

Riesgo de infección

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.

- Nutricional metabólico

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

- Eliminación

Riesgo de estreñimiento

- Actividad y ejercicio

Deterioro de la movilidad física

Reposo sueño

Insomnio

- Cognitivo perceptual

Dolor agudo

Temor

Conocimientos deficientes

- Afrontamiento Tolerancia al Estrés

Ansiedad.

Tabla N° F Identificación del problema

PROBLEMA DEL PATRÓN AFECTADO	DOMINIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA NANDA
RIESGO DE INFECCION	<p>DOMINIO 11: seguridad y protección.</p> <p>CLASE 1: infección</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00004</p> <p>Relacionado por:</p> <p>procedimientos invasivos (sonda vesical, sonda nasogástrica, catéter venoso periférico y/ o central, drenajes).</p> <p>- Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel).</p>	<p>Riesgo de infección relacionado con el peligro de ser invadido por organismos patógenos.</p>
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD.	<p>DOMINIO 1: promoción de la salud</p> <p>CLASE 2: gestión de la salud</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00162</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos de prevención o tratamiento</p> <p>-Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad(prevenición de las secuelas</p>	<p>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud mediante un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad.</p>

<p>RIESGO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA</p>	<p>DOMINIO 11: seguridad y protección</p> <p>CLASE 2: lesión física</p> <p>CÓDIGO DEL Dx:00047</p> <p>Relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmovilización física. - Factores mecánicos (Ej. Fuerzas de cizallamiento, Presión, sujeciones). - Hipertermia - Edades extremas. - Prominencias óseas. - Estado de desequilibrio nutricional (ej. Obesidad, emaciación) 	<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea debido a las lesiones físicas y al desequilibrio nutricional que causa la patología.</p>
<p>RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</p>	<p>DOMINIO 3: eliminación e intercambio</p> <p>CLASE 2: función gastrointestinal</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00015</p> <p>Relacionado con:</p> <p>Inmovilidad física</p>	<p>Riesgo de estreñimiento debido a la disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces.</p>

<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p>	<p>DOMINIO 4: Actividad / Reposo CLASE 2: Actividad / Ejercicio CÓDIGO DEL Dx: 00085 Relacionado por: -Intolerancia a la actividad -Malestar -Dolor -Prescripción de restricción de movimientos Manifestado por: -Dificultad para girarse -Inestabilidad postural -Enlentecimiento del movimiento</p>	<p>Deterioro de la movilidad física por la limitación del movimiento del cuerpo o de una o más extremidades.</p>
<p>INSOMNIO</p>	<p>DOMINIO 4: Actividad / Reposo CLASE 2: Sueño / reposo CÓDIGO DEL Dx: 00095 Relacionado por: -Ansiedad -Depresión -Temor -Factores del entorno -Malestar físico -Estrés Manifestado por: -Observación de cambios de la emotividad -El paciente informa de</p>	<p>Insomnio debido al trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.</p>

	dificultad para conciliar el sueño.	
DOLOR AGUDO	<p>DOMINIO 12: confort</p> <p>CLASE 1: confort físico</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00132</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Informe verbal del dolor y conductas expresivas.</p>	<p>Dolor agudo debido a la experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por problemas reales o potenciales a consecuencia de la patología.</p>
TEMOR	<p>DOMINIO 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés.</p> <p>CLASE 2:</p> <p>respuesta de afrontamiento</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00148</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (por ejm: hospitalización, procedimientos hospitalarios)</p> <p>-Origen innato (por ejm: ruido súbito, altura, dolor, pérdida del apoyo físico)</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Informes de sentirse asustado</p>	<p>Temor como respuesta a una amenaza que se reconoce como un peligro a consecuencia de la patología.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento de la alerta -Aumento presión arterial sistólica -Aumento frecuencia respiratoria -Aumento pulso 	
<p>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES</p>	<p>DOMINIO 5: percepción /cognición</p> <p>CLASE 4: cognición</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00126</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mala interpretación de la información -Poca familiaridad con los recursos para obtener la información <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verbalización del problema 	<p>Conocimientos deficientes debido a la carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p>
<p>ANSIEDAD</p>	<p>DOMINIO 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés.</p> <p>CLASE 2: respuesta de afrontamiento</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00146</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cambio en entorno, el estado de salud -Estrés <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos 	<p>Ansiedad a causa de la anticipación del peligro que produce la patología.</p>

	vitales. -Angustia -Aumento de la tensión arterial -Aumento del pulso -Insomnio	
--	--	--

4.5.1. Proceso de Atención de Enfermería en cáncer de útero

NIVEL: TERCERO		SERVICIO: ONCOLOGÍA	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CÁNCER DE ÚTERO			
DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	INDICADOR / VALORACIÓN	EVALUACIÓN <u>PUNTUACION</u> <u>DIANA.</u> <u>MANTENER</u> <u>AUMENTAR</u>	
RIESGO DE INFECCION Relacionado por: procedimientos invasivos (sonda vesical, sonda nasogástrica, catéter venoso periférico y/ o central, drenajes). - Alteración de las defensas primarias	Conocimiento : control de la infección (1842) Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conocimientos	Instruir al paciente. Y la familia a cerca de signos y síntomas de infección y cuando deben informarse de ellos al cuidador Fomentar una ingesta nutricional adecuada.	.Mantener una comunicación adecuada con la paciente ayuda a una mejor comprensión de su situación de salud, por lo tanto evitara un posible riesgo de infección. Una buena dieta hiperproteica ayuda a	<u>Indicadores</u> Reconocer factores de riesgo Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo Evita exponerse a las amenazas para	3 3 3 4	4 4 4 5

(rotura de la piel).	sobre salud (s)	<p>Dieta hiperproteica fraccional más líquidos</p> <p>Asegurar una técnica de cuidado de herida adecuada.</p> <p>Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.</p>	<p>que los tejidos se reconstruyan y la herida se pueda cerrar ya que las proteínas restauran tejidos.</p> <p>La aplicación de una técnica correcta de asepsia y antisepsia evita la proliferación de microorganismos patógenos previniendo el desarrollo de la infección.</p> <p>El lavado de manos es una técnica muy fácil y de gran utilidad para la prevención de</p>	<p>la salud</p> <p>Reconoce cambios en el estado de salud</p> <p>Supervisa los cambios en el estado de salud</p> <p><u>Escala de medición.</u></p>	3	4
----------------------	--------------------	--	--	--	---	---

			infecciones especialmente nosocomiales.	Nunca demostrado Raramente demostrado		
		Administración de antibióticos prescritos.	Los antibióticos son los fármacos de amplio espectro y más efectivos para reducir la infección ya que éstas matan a bacterias que están produciendo la infección	A veces demostrado Frecuentemente demostrado Siempre demostrado		
		Usar guantes estériles.	Los guantes estériles sirven de protección para tener contacto directo con piel y así evitar que las bacterias entren en la piel.			

<p>DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD</p> <p>DOMINIO 1: promoción de la salud</p> <p>CLASE 2: gestión de la salud</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00162</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos de prevención o tratamiento</p> <p>-Manifiesta deseos de manejar el tratamiento</p>	<p>Conocimiento: régimen terapéutico (1813)</p> <p>Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase: conocimiento sobre salud (S)</p>	<p>Informar al paciente/ ser querido de cuando y donde tendrá lugar el procedimiento / tratamiento si procede.</p> <p>Explicar el propósito del procedimiento / tratamiento</p>	<p>Conocer cuando y donde se realizara el procedimiento ayuda al paciente / familia a mantener la tranquilidad ya que mediante la información adecuada disminuye la tensión que produce el tratamiento.</p> <p>Explicar el tipo de procedimiento implica una comunicación abierta con el paciente, por lo q el profesional de enfermería establece una relación que genera confianza, da seguridad y brinda apoyo efectivo</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Proceso de la enfermedad</p> <p>Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actúa</p> <p>Efectos esperados del tratamiento</p> <p>Medicación prescrita</p> <p>Actividad prescrita</p> <p>Beneficios del tratamiento de la enfermedad</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>
---	--	---	--	---	---	---

<p>de la enfermedad (prevención de las secuelas)</p>		<p>Enseñar al paciente como cooperar / participar durante el procedimiento / tratamiento si procede</p> <p>Incluir a la familia / ser querido, si resulta oportuno</p>	<p>durante procedimientos a los que el paciente se ha expuesto.</p> <p>La educación sobre técnicas de relajación ayuda al paciente y al personal de salud a realizar el procedimiento sin ninguna complicación ya que mantiene al paciente. Relajado durante el procedimiento</p> <p>La familia juega un papel importante ya que el apoyo que aporta al paciente terminal es</p>	<p>_____ de</p> <p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Ningún conocimiento</p> <p>Conocimiento escaso</p> <p>Conocimiento moderado</p> <p>Conocimiento sustancial</p> <p>Conocimiento extenso</p>		
--	--	--	--	---	--	--

			oportuno y hace que sea menor doloroso y traumático desde el momento de su dg, tratamiento hasta su etapa final.			
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA Relacionado con: - Inmovilización física. - Factores mecánicos (Ej. Fuerzas de cizallamiento, Presión, sujeciones). - Hipertermia - Edades extremas. - Prominencias óseas.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) Dominio: salud fisiológica (II) Clase: integridad tisular (L)	Lavado de manos y organizar el equipo Enseñar al individuo o a los miembros de la familia el procedimiento de cuidado de la herida.	El lavado de manos es una técnica muy fácil y de gran utilidad para la prevención de infecciones especialmente nosocomiales Mantener una comunicación adecuada con la paciente ayuda a una mejor comprensión de su situación de salud	<u>Indicadores</u> Sensibilidad Integridad de la piel Lesiones cutáneas Lesión de la membrana mucosa Necrosis <u>Escala de</u>	3 4 4 4 4	4 5 5 5 5

<p>- Estado de desequilibrio nutricional (ej. Obesidad, emaciación)</p>		<p>Limpiar la ulcera con soluciones no toxicas adecuadas, con movimientos circulares, desde el centro</p> <p>Aplicar un apósito adhesivo permeable a la ulcera, según corresponda.</p> <p>Controlar el color, temperatura, edema, humedad y la aparición de la piel circundante Registro y valoración del estado de la herida</p>	<p>La limpieza al Pte. Ayuda a valorar el estado de la piel. Circulación venosa, favorece al descanso y relajación de la misma</p> <p>La protección de la piel disminuye la humedad que es un medio para el crecimiento de microorganismos.</p> <p>La valoración permite la detección precoz, posibilidad de tratamiento rápido y previene complicaciones.</p>	<p><u>medición.</u></p> <p>Gravemente comprometido</p> <p>Sustancialmente comprometido</p> <p>Moderadamente comprometido</p> <p>Levemente comprometido</p> <p>No comprometido</p>		
---	--	---	--	---	--	--

		<p>presencia de secreciones, color olor.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida</p> <p>Cambiar de posición cada una o dos horas para evitar la presión prolongada.</p>	<p>La aparición de signos y síntomas permite una adecuada observación para evitar la proliferación de microorganismos patógenos previniendo el desarrollo de la infección.</p> <p>El cambio de posiciones previene lesiones en la piel e incidencia en relación a las malas técnicas de movilización del paciente crítico.</p>			
RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	Eliminación intestinal (0501) Dominio: salud	Comprobar movimientos intestinales,	Es importante comprobar los movimientos intestinales ya que puede	<u>Indicadores</u> Patrón de	2	3

<p>DOMINIO 3: fisiológica (II)</p> <p>eliminación e Clase: fisiológica (II)</p> <p>intercambio e Clase: eliminación (F)</p> <p>CLASE 2: función gastrointestinal</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00015</p> <p>Relacionado con: Inmovilidad física</p>	<p>fisiológica (II)</p> <p>eliminación (F)</p>	<p>incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede.</p> <p>Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</p>	<p>llevar a una posible pérdida de los reflejos normales del intestino y así puede ocurrir una obstrucción intestinal grave.</p> <p>La ayuda de identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento es importante ya que se debe probablemente a la falta de fibra en la dieta o ciertos fármacos que producen estreñimiento y a la vez su dieta no tiene</p>	<p>eliminación</p> <p>Facilidad de eliminación de las heces</p> <p>Eliminación fecal sin ayuda</p> <p>Estreñimiento</p> <p>Dolor con el paso de las heces</p> <p><u>Escala de medición</u></p> <p>Gravemente comprometido</p> <p>Sustancialmente comprometido</p> <p>Moderadamente</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p>
---	--	--	---	--	-------------------------------------	-------------------------------------

			volumen suficiente para estimular la acción adecuada del intestino.	comprometido Levemente comprometido No comprometido		
		Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que este contraindicado.	Los líquidos son importantes porque ayudan a mantener hidratado al organismo y a su vez ayuda a que las heces se vuelvan blandas.			
		Administrar el enema o la irrigación cuando proceda	El enema de evacuación ayuda al paciente a que las heces se vuelvan blandas y así se puedan defecar para que el			

			paciente no presente malestar intestinal por oclusión de heces fecales.			
<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intolerancia a la actividad -Malestar -Dolor -Prescripción de restricción de movimientos <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para girarse -Inestabilidad postural -Enlentecimiento del movimiento 	<p>Autocuidados: actividades de la vida diaria(0300)</p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Autocuidado (D)</p>	<p>Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados</p>	<p>Todos los seres humanos tienen necesidades básicas que tratan de satisfacer a lo largo de la vida. Estas necesidades abarcan los distintos aspectos del hombre, tales como las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales indistintamente de la edad.</p> <p>La estimulación al</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Comen</p> <p>Se viste</p> <p>Uso del inodoro</p> <p>Se baña</p> <p>Se peina</p> <p>Higiene</p> <p>Higiene bucal</p> <p>Deambulación: camina</p> <p><u>Escala de medición.</u></p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>3</p>
		Observar las				

		<p>necesidades por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo alimentación</p>	<p>paciente para que realice actividades como: la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo alimentación etc. Cuando las fuerzas físicas disminuyan se puede ayudar al paciente con material ortopédico como andadores, sillas de ruedas, etc. le permitan prolongar su autonomía. Asimismo, la realización de ejercicio físico ayuda a retardar la pérdida de su vida normal.</p> <p>Ofrecen un sistema de</p>	<p>Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido</p>		
--	--	---	--	---	--	--

		<p>Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia</p> <p>Animar al paciente a realizar actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad</p>	<p>soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte</p> <p>Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

<p>INSOMNIO</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad -Depresión -Temor -Factores del entorno -Malestar físico -Estrés <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observación de cambios de la emotividad -El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño. 	<p>Equilibrio emocional(1204)</p> <p>Dominio: salud psicosocial(III)</p> <p>Clase :bienestar Psicológico.(M)</p>	<p>Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura colchón y cama) para favorecer el sueño</p> <p>Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o</p>	<p>Esto ayuda a que el paciente se encuentre en un ambiente de comprensión en el que el se sienta tranquilo y así el proceso de su enfermedad sea menos traumático y así pueda conciliar el sueño de una forma adecuada y en el horario debido</p> <p>Es importante controlar la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de ir a la cama ya que algunos alimentos pueden causar llenura o gases que entorpezcan el sueño y</p>	<p><u>Indicadores</u></p>	2	3
				<p>Refiere dormir de forma adecuada</p> <p>Mantiene el arreglo y la higiene personal</p> <p>Expresa el seguimiento del régimen de medicación</p> <p>Muestra interés por lo que le rodea</p> <p>Refiere capacidad para realizar la capacidades diarias</p> <p><u>Escala de</u></p>		

		<p>entorpezcan el sueño</p> <p>Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia</p>	<p>asi para que el paciente pueda descansar sin ningún problema.</p> <p>Es importante limitar el sueño durante el día mediante actividades que busca poner atención a las ideas, e inquietudes las cuales ayudan al paciente a mantenerse ocupado en el día y para que concilie el sueño por la noche en un ambiente de tranquilidad y adaptación en su domicilio junto a su familia.</p>	<p><u>medición</u></p> <p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>Siempre demostrado</p>		
--	--	--	---	---	--	--

		<p>Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño</p> <p>Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño,</p>	<p>Las alteraciones físicas, emocionales y fisiológicas a causa de la patología altera el estado del sueño por lo que es importante el apoyo de medicación para mejorar el descanso y cumplir las necesidades de sueño.</p> <p>Las técnicas para mejorar el sueño como masajes, musicoterapia, o alguna actividad relajante como el baño ayudan a conciliar el sueño del paciente.</p>			
DOLOR AGUDO	Control del dolor (1605) Dominio:	Control de signos vitales	Los signos vitales son manifestaciones fisiológicas que nos	<u>Indicadores</u> Utiliza los		

	<p>conocimiento y conducta de salud. (IV)</p> <p>Clase: conducta de salud (Q</p>	<p>Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que influya la localización, características aparición / duración,</p>	<p>indican la situación de salud del paciente, nos permiten identificar alteraciones</p> <p>Mantener una comunicación adecuada con la paciente ayuda a una mejor comprensión de su situación de salud, por lo tanto ayudará a sobrellevar su enfermedad hasta el final de sus días</p> <p>Permite la correcta utilización de medidas terapéuticas.</p>	<p>analgésicos de forma apropiada</p> <p>Reconoce síntomas asociados al dolor</p> <p>Refiere dolor controlado</p> <p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>5</p> <p>4</p> <p>4</p>
--	--	--	--	--	----------------------------	----------------------------

		<p>frecuencia calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (de relajación).</p> <p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos</p>	<p>Las técnicas de relajación ayudan a disminuir la tensión, ayudan al paciente a centrarse a relajar ciertas partes de su cuerpo promoviendo la liberación de endorfinas que también disminuyen la intensidad del dolor.</p> <p>Los analgésicos son los fármacos más efectivos para reducir el dolor ya</p>	Siempre demostrado		
--	--	--	--	--------------------	--	--

		correspondientes	que inhiben la ciclooxigenasa impidiendo la formación de prostaglandinas que transmiten el dolor.			
<p>TEMOR</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (por ej.: hospitalización, procedimientos hospitalarios) -Origen innato (por ej.: ruido súbito, altura, dolor, pérdida del apoyo físico)</p>	<p>Autocontrol del miedo(1404)</p> <p>Dominio: Salud psicosocial (III).</p> <p>Clase: autocontrol(O)</p>	<p>Disponer un ambiente no amenazador</p> <p>Pasar tiempo con el paciente</p>	<p>El estrés crea un estrés amenazador en el paciente lo q constituye una presión del medio ambiente físico y emocional por lo que requiere apoyo profesional durante la etapa terminal.</p> <p>Ayuda a comunicar verbalmente simpatía o comprensión por la experiencia que está</p>	<p><u>Indicadores.</u></p> <p>Elimina los factores precursores del miedo</p> <p>Busca información para reducir el miedo</p> <p>Evita fuentes de miedo cuando es posible</p> <p>Utiliza técnicas de relajación para</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p>

		<p>Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera</p>	<p>confianza, da seguridad y brinda apoyo efectivo durante procedimientos a los que el paciente se ha expuesto</p> <p>La comunicación durante la etapa de cáncer es importante ya que ocasiona sentimientos desagradables, por lo que se recomienda comunicar su estado de salud al paciente y familiar de una forma puntual y sincera.</p>			
<p>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES</p> <p>Relacionado por:</p>	<p>Conocimiento régimen terapéutico</p>	<p>Informar a cerca de actividades apropiadas en función</p>	<p>Las actividades que el paciente puede realizar durante el día son: aseo</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Proceso de la enfermedad</p>		

<p>-Mala interpretación de la información</p> <p>-Poca familiaridad con los recursos para obtener la información</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Verbalización del problema</p>	<p>(1813)</p> <p>Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase: conocimientos sobre salud (S)</p>	<p>del estado físico</p> <p>Enseñar una buena postura y mecánica corporal si procede</p> <p>Ayudar al paciente a incorporar las</p>	<p>diario, alimentación, vestido, caminatas cortas, ya que ayudan a mantener un buen estado físico y así mejoran la calidad de vida.</p> <p>La mecánica corporal del paciente es de suma importancia ya que ayuda a evaluar al personal de salud si presenta alguna otra complicación ya que las posturas son un signo de comunicación si presenta dolor u otro tipo de malestar en el organismo.</p>	<p>Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actúa</p> <p>Efectos esperados del tratamiento</p> <p>Medicación prescrita</p> <p>Actividad prescrita</p> <p>Beneficios del tratamiento de la enfermedad</p> <p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Ningún conocimiento</p> <p>Conocimiento</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>
---	---	---	---	--	---	---

		<p>actividad / ejercicio en la rutina diaria/ estilo de vida.</p> <p>Incluir a la familia /ser querido si es apropiado</p>	<p>El ejercicio adecuado beneficia al organismo durante su forma física actual y ayuda también a mantener una rutina diaria en lo que el paciente permanecerá ocupado y sin molestias.</p> <p>El apoyo de la familia es indispensable por lo que ayudara a que le paciente se sienta seguro en las actividades que realiza.</p>	<p>escaso</p> <p>Conocimiento moderado</p> <p>Conocimiento sustancial</p> <p>Conocimiento extenso</p>		
<p>ANCIEDAD</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Cambio en entorno, el estado de salud</p> <p>-Estrés</p>	<p>AUTO CONTROL DE LA ANCIEDAD (1402)</p> <p>Dominio: Salud</p>	<p>Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de</p>	<p>Explicar el tipo de procedimiento implica una comunicación abierta con el paciente, por lo q el profesional de</p>	<p><u>Indicadores.</u></p> <p>Disminuye los estímulos ambientales</p>	2	3

Manifestado por: -Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales. -Angustia -Aumento de la tensión arterial -Aumento del pulso -Insomnio	psicosocial (III)	experimentar durante el procedimiento	enfermería establece una relación que genera confianza, da seguridad y brinda apoyo efectivo durante procedimientos a los que el paciente se ha expuesto	cuando está ansioso	3	4
	Clase: autocontrol (O)			Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	1	2
		Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronostico	La información que se le brinde al paciente es muy importante ya que de ella depende todo su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de manera fácil y comprensiva para su manejo.	Refiere incremento de la duración entre episodios	2	3
		Permanecer con el paciente para promover la seguridad	La importancia de permanecer con el paciente disminuye el	Mantiene la concentración Refiere dormir de forma adecuada Controla la respuesta de ansiedad.	2	3
				<u>Escala de</u>		

		<p>y reducir el miedo</p> <p>Administrar masajes en la espalda/ cuello si procede.</p> <p>Instruir al paciente sobre técnicas de relajación</p> <p>Administrar</p>	<p>nivel de ansiedad, por lo que es recomendable efectuar intervenciones de distracción recreativa para promover la seguridad en el paciente con cáncer terminal.</p> <p>Esto ayuda al paciente a mantenerse relajado en un ambiente tranquilo y sin tensiones en su estado de salud.</p> <p>Ayudar a mantener un mejor estado de salud físico, psicológico y emocional en su entorno.</p> <p>El consumo de medicina</p>	<p><u>medición.</u></p> <p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>Siempre demostrado</p>		
--	--	--	--	--	--	--

		medicamentos que reduzcan la ansiedad, si esta prescripto	para controlar la depresión ayuda a la persona con cáncer a manejar el miedo y nerviosismo causados por su enfermedad.			
--	--	---	--	--	--	--

4.6. Identificación del problema

Situación actual.

- Percepción manejo de la salud.

Riesgo de infección.

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.

- Actividad y ejercicio

Deterioro de la movilidad física

- Sueño y descanso

Insomnio.

- Cognitivo Perceptual

Dolor agudo

Conocimientos deficientes

- Autopercepción – Autoconcepto

Trastorno de la imagen corporal

Temor

- Afrontamiento Tolerancia al Estrés

Ansiedad

Duelo

PROBLEMA DEL PATRÓN AFECTADO	DOMINIO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA
RIESGO DE INFECCION	<p>DOMINIO 11: seguridad y protección.</p> <p>CLASE 1: infección</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00004</p> <p>Relacionado por:</p> <p>procedimientos invasivos (sonda vesical, sonda nasogástrica, catéter venoso periférico y/ o central, drenajes).</p> <p>- Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel).</p>	<p>Riesgo de infección relacionado con el peligro de ser invadido por organismos patógenos.</p>
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD.	<p>DOMINIO 1: promoción de la salud</p> <p>CLASE 2: gestión de la salud</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00162</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos de prevención o tratamiento</p> <p>-Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad(prevencción de las secuelas</p>	<p>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud mediante un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad.</p>

<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p>	<p>DOMINIO 4: Actividad / Reposo</p> <p>CLASE 2: Actividad / Ejercicio</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00085</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intolerancia a la actividad -Malestar -Dolor -Prescripción de restricción de movimientos <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para girarse -Inestabilidad postural -Enlentecimiento del movimiento 	<p>Deterioro de la movilidad física por la limitación del movimiento del cuerpo o de una o más extremidades.</p>
---	--	--

INSOMNIO	<p>DOMINIO 4: Actividad / Reposo</p> <p>CLASE 2: Sueño / reposo</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00095</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad -Depresión -Temor -Factores del entorno -Malestar físico -Estrés <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observación de cambios de la emotividad -El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño. 	Insomnio debido al trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.
DOLOR AGUDO	<p>DOMINIO 12: confort</p> <p>CLASE 1: confort físico</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00132</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos). <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe verbal del dolor y conductas expresivas. 	Dolor agudo debido a la experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por problemas reales o potenciales a consecuencia de la patología.
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	<p>DOMINIO 5: percepción /cognición</p> <p>CLASE 4: cognición</p> <p>CÓDIGO DEL Dx: 00126</p>	Conocimientos deficientes debido a la carencia o deficiencia de información

	<p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mala interpretación de la información -Poca familiaridad con los recursos para obtener la información <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verbalización del problema 	<p>cognitiva relacionada con un tema específico.</p>
<p>TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL</p>	<p>DOMINIO 6: Autopercepción</p> <p>CLASE 3: Imagen corporal</p> <p>CÓDIGO DEL DX: 00118</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermedad -Tratamiento de la enfermedad -Cirugía <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Temor a la reacción de otros -Verbalización en el estado de cambio de vida -Sentimientos negativos sobre l cuerpo -Verbalización de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo (por ejm: aspecto, estructura, función.) 	<p>Trastorno de la imagen corporal a causa del proceso patológico y su tratamiento.</p>

<p>TEMOR</p>	<p>DOMINIO 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés. CLASE 2: respuesta de afrontamiento CÓDIGO DEL Dx: 00148 Relacionado por: -Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante(por ej.: hospitalización, procedimientos hospitalarios) -Origen innato (por ej.: ruido súbito, altura, dolor, pérdida del apoyo físico) Manifestado por: -Informes de sentirse asustado -Aumento de la alerta -Aumento presión arterial sistólica -Aumento frecuencia respiratoria -Aumento pulso</p>	<p>Temor como respuesta a una amenaza que se reconoce como un peligro a consecuencia de la patología.</p>
<p>ANSIEDAD</p>	<p>DOMINIO 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés. CLASE 2: respuesta de afrontamiento CÓDIGO DEL Dx: 00146 Relacionado por: -Cambio en entorno, el</p>	<p>Ansiedad a causa de la anticipación del peligro que produce la patología.</p>

	<p>estado de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estrés <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales. -Angustia -Aumento de la tensión arterial -Aumento del pulso -Insomnio 	
DUELO	<p>DOMINIO 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés</p> <p>CLASE2: Respuestas de afrontamiento</p> <p>CÓDIGO DEL Dx. 00136</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Perdida de un objeto significativo (parte corporales) <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Búsqueda del significado de la perdida -Alteración del sueño 	<p>Duelo manifestado por alteraciones emocionales, físicas , espirituales, sociales e intelectuales en su vida diaria a una pérdida real</p>

4.6.1. Proceso de Atención de Enfermería en cáncer de mama

NIVEL: TERCERO		SERVICIO: ONCOLOGÍA	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CÁNCER DE MAMA.			
DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	INDICADOR / VALORACIÓN	EVALUACIÓN <u>PUNTUACION</u> <u>DIANA.</u> <u>MANTENER</u> <u>AUMENTAR</u>	
RIESGO DE INFECCION Relacionado por: procedimientos invasivos (sonda vesical, sonda nasogástrica, catéter venoso periférico y/ o central, drenajes). - Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel).	Conocimiento : control de la infección (1842) Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conocimientos	Instruir al paciente / familia a cerca de signos y síntomas de infección y cuando deben informarse de ellos al cuidador Fomentar una ingesta nutricional adecuada.	.Mantener una comunicación adecuada con la paciente ayuda a una mejor comprensión de su situación de salud, por lo tanto evitara un posible riesgo de infección. Una buena dieta	<u>Indicadores</u> Reconocer factores de riesgo Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo Evita exponerse a las amenazas para	3 3 3	4 4 4

	sobre salud (s)	Dieta hiperproteica fraccional más líquidos.	hiperproteica ayuda a que los tejidos se reconstruyan y la herida se pueda cerrar ya que las proteínas restauran tejidos.	la salud	4	5
		Asegurar una técnica de cuidado de herida adecuada. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.	La aplicación de una técnica correcta de asepsia y antisepsia evita la proliferación de microorganismos patógenos previniendo el desarrollo de la infección. El lavado de manos es una técnica muy fácil y de gran utilidad para le	Reconoce cambios en el estado de salud Supervisa los cambios en el estado de salud <u>Escala de medición.</u> Nunca demostrado Raramente demostrado	3	4

		<p>Administración de antibióticos prescritos.</p> <p>Usar guantes estériles.</p>	<p>prevención de infecciones especialmente nosocomiales.</p> <p>Los antibióticos son los fármacos de amplio espectro y más efectivos para reducir la infección ya que éstas matan a bacterias que están produciendo la infección</p> <p>Los guantes estériles sirven de protección para tener contacto directo con piel y así evitar que las bacterias</p>	<p>A veces demostrado Frecuentemente demostrado Siempre demostrado</p>		
--	--	--	--	--	--	--

			entren en la piel.			
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD DOMINIO 1: promoción de la salud CLASE 2: gestión de la salud CÓDIGO DEL Dx: 00162 Manifestado por: -Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos de prevención o tratamiento	Conocimiento: régimen terapéutico (1813) Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: conocimiento sobre salud (S)	Informar al paciente/ ser querido de cuando y donde tendrá lugar el procedimiento / tratamiento si procede. Explicar el propósito del procedimiento / tratamiento	Conocer cuando y donde se realizara el procedimiento ayuda al paciente / familia a mantener la tranquilidad ya que mediante la información adecuada disminuye la tensión que produce el tratamiento. Explicar el tipo de procedimiento implica una comunicación abierta con el paciente, por lo q el profesional de enfermería establece una relación que genera confianza, da seguridad	<u>Indicadores</u> Proceso de la enfermedad Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actúa Efectos esperados del tratamiento Medicación prescrita	3	4
					2	3
					2	3

<p>-Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad(prevenición de las secuelas</p>		<p>Enseñar al paciente como cooperar / participar durante el procedimiento / tratamiento si procede</p> <p>Incluir a la familia / ser querido, si resulta</p>	<p>y brinda apoyo efectivo durante procedimientos a los que el paciente se ha expuesto.</p> <p>La educación sobre técnicas de relajación ayuda al paciente y al personal de salud a realizar el procedimiento sin ninguna complicación ya que mantiene al paciente. Relajado durante el procedimiento</p> <p>La familia juega un papel importante ya que</p>	<p>Actividad prescrita</p> <p>Beneficios del tratamiento de la enfermedad</p> <p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Ningún conocimiento</p> <p>Conocimiento escaso</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>
--	--	---	--	---	-------------------------------------	----------------------------

		oportuno	el apoyo que aporta al paciente terminal es oportuno y hace que sea menor doloroso y traumático desde el momento de su dg, tratamiento hasta su etapa final.	Conocimiento moderado Conocimiento sustancial Conocimiento extenso		
<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intolerancia a la actividad -Malestar -Dolor -Prescripción de restricción de movimientos <p>Manifestado por:</p>	<p>Autocuidados: actividades de la vida diaria(0300)</p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Autocuidado (D)</p>	<p>Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados</p>	<p>Todos los seres humanos tienen necesidades básicas que tratan de satisfacer a lo largo de la vida. Estas necesidades abarcan los distintos aspectos del hombre, tales como las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Comen</p> <p>Se viste</p> <p>Uso del inodoro</p> <p>Se baña</p> <p>Se peina</p> <p>Higiene</p> <p>Higiene bucal</p> <p>Deambulaci3n: camina</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>3</p>

<p>-Dificultad para girarse -Inestabilidad postural -Enlentecimiento del movimiento</p>		<p>Observar las necesidades por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo alimentación</p> <p>Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia</p>	<p>indistintamente de la edad.</p> <p>La estimulación al paciente para que realice actividades como: la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo alimentación etc.</p> <p>Cuando las fuerzas físicas disminuyan se puede ayudar al paciente con material ortopédico como andadores, sillas de ruedas, etc. le permitan prolongar su autonomía.</p>	<p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido</p>		
---	--	---	--	---	--	--

		<p>Animar al paciente a realizar actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad</p>	<p>Asimismo, la realización de ejercicio físico ayuda a retardar la pérdida de su vida normal.</p> <p>Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte</p> <p>Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen</p>			
--	--	---	---	--	--	--

			aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.					
<p>INSOMNIO</p> <p>Relacionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad -Depresión -Temor -Factores del entorno -Malestar físico -Estrés <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observación de cambios de la emotividad -El paciente informa de 	<p>Equilibrio emocional(1204)</p> <p>Dominio: salud psicosocial(III)</p> <p>Clase :bienestar Psicológico.(M)</p>	<p>Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura colchón y cama) para favorecer el sueño</p> <p>Controlar la ingesta</p>	<p>Esto ayuda a que el paciente se encuentre en un ambiente de comprensión en el que él se sienta tranquilo y así el proceso de su enfermedad sea menos traumático y así pueda conciliar el sueño de una forma adecuada y en el horario debido</p> <p>Es importante controlar</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Refiere dormir de forma adecuada</p> <p>Mantiene el arreglo y la higiene personal</p> <p>Expresa el seguimiento del régimen de</p>	2	3	2	3

<p>dificultad para conciliar el sueño.</p>		<p>de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño</p> <p>Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.</p>	<p>la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de ir a la cama ya que algunos alimentos pueden causar llenura o gases que entorpezcan el sueño y así para que el paciente pueda descansar sin ningún problema.</p> <p>Es importante limitar el sueño durante el día mediante actividades que busca poner atención a las ideas, e inquietudes las cuales ayudan al paciente a mantenerse ocupado en el día y para que concilie el sueño por</p>	<p>medicación</p> <p>Muestra interés por lo que le rodea</p> <p>Refiere capacidad para realizar la capacidades diarias</p> <p><u>Escala de medición</u></p> <p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p>	<p>3</p> <p>2</p>	<p>4</p> <p>3</p>
--	--	---	--	---	-------------------	-------------------

			la noche en un ambiente de tranquilidad y adaptación en su domicilio junto a su familia.			
		Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño	Las alteraciones físicas, emocionales y fisiológicas a causa de la patología altera el estado del sueño por lo que es importante el apoyo de medicación para mejorar el descanso y cumplir las necesidades de sueño.	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
		Comentar con el paciente y la familia técnicas para	Las técnicas para mejorar el sueño como masajes, musicoterapia,			

		favorecer el sueño,	o alguna actividad relajante como el baño ayudan a conciliar el sueño del paciente.			
DOLOR AGUDO	Control del dolor (1605) Dominio: conocimiento y conducta de salud. (IV) Clase: conducta de salud (Q	Control de signos vitales Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la	Los signos vitales son manifestaciones fisiológicas que nos indican la situación de salud del paciente, nos permiten identificar alteraciones Mantener una comunicación adecuada con la paciente ayuda a una mejor comprensión de su situación de salud, por lo tanto ayudará a	<u>Indicadores</u> Utiliza los analgésicos de forma apropiada Reconoce síntomas asociados al dolor Refiere dolor controlado <u>Escala de medición.</u>	4 3 3	5 4 4

		<p>respuesta del paciente al dolor.</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que influya la localización, características aparición / duración, frecuencia calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (de relajación).</p>	<p>sobrellevar su enfermedad hasta el final de sus días.</p> <p>Permite la correcta utilización de medidas terapéuticas.</p> <p>Las técnicas de relajación ayudan a disminuir la tensión,</p>	<p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p>		
--	--	---	---	--	--	--

		Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes	ayudan al paciente a centrarse a relajar ciertas partes de su cuerpo promoviendo la liberación de endorfinas que también disminuyen la intensidad del dolor. Los analgésicos son los fármacos más efectivos para reducir el dolor ya que inhiben la ciclooxigenasa impidiendo la formación de prostaglandinas que transmiten el dolor.	Siempre demostrado		
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES Relacionado por: -Mala interpretación de	Conocimiento régimen terapéutico (1813)	Informar a cerca de actividades apropiadas en función del estado físico	Las actividades que el paciente puede realizar durante el día son: aseo diario, alimentación,	<u>Indicadores</u> Proceso de la enfermedad		

<p>la información</p> <p>-Poca familiaridad con los recursos para obtener la información</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Verbalización del problema</p>	<p>Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase: conocimientos sobre salud (S)</p>	<p>Enseñar una buena postura y mecánica corporal si procede</p> <p>Ayudar al paciente a incorporar las</p>	<p>vestido, caminatas cortas, ya que ayudan a mantener un buen estado físico y así mejoran la calidad de vida.</p> <p>La mecánica corporal del paciente es de suma importancia ya que ayuda a evaluar al personal de salud si presenta alguna otra complicación ya que las posturas son un signo de comunicación si presenta dolor u otro tipo de malestar en el organismo.</p>	<p>Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual</p> <p>Efectos esperados del tratamiento</p> <p>Medicación prescrita</p> <p>Actividad prescrita</p> <p>Beneficios del tratamiento de la enfermedad</p> <p><u>Escala</u> de</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>
---	---	--	---	--	---	---

		<p>actividad / ejercicio en la rutina diaria/ estilo de vida</p> <p>Incluir a la familia /ser querido si es apropiado</p>	<p>El ejercicio adecuado beneficia el organismo durante su forma física actual y ayuda también a mantener una rutina diaria en lo que el paciente permanecerá ocupado y sin molestias.</p> <p>El apoyo de la familia es indispensable por lo que ayudara a que le paciente se sienta seguro en las actividades que realiza.</p>	<p><u>medición.</u></p> <p>Ningún conocimiento Conocimiento escaso</p> <p>Conocimiento moderado Conocimiento sustancial Conocimiento extenso</p>		
<p>TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL</p> <p>Relacionado por: -Enfermedad</p>	<p>Aceptación: estado de salud(1300)</p> <p>Dominio: Salud psicosocial(III)</p>	<p>Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad</p>	<p>Esto ayuda a que el paciente se encuentre en un ambiente de comprensión en el que él se sienta tranquilo y así</p>	<p><u>Indicadores.</u></p> <p>Expresa sentimiento sobre el estado</p>	2	3

		<p>de ella depende todo su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de manera fácil y comprensiva para su manejo.</p> <p>Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia y alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.</p>	<p>La esperanzase ve afectada por medio del estado de ánimo del paciente por lo que cree que aquello, que deseo o pretendió ya no es alcanzable, en esta etapa es importante el apoyo emocional y psicológico por parte del personal de salud, familia y amigos.</p>	<p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>Siempre demostrado</p>		
<p>TEMOR Relacionado por:</p>	<p>Autocontrol del miedo(1404)</p>	<p>Disponer un ambiente no amenazador</p>	<p>El estrés crea un estrés amenazador en el</p>	<p><u>Indicadores.</u></p>		

<p>-Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (por ej.: hospitalización, procedimientos hospitalarios) -Origen innato (por ej.: ruido súbito, altura, dolor, pérdida del apoyo físico)</p> <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informes de sentirse asustado -Aumento de la alerta -Aumento presión arterial sistólica -Aumento frecuencia respiratoria -Aumento pulso 	<p>Dominio: Salud psicosocial (III).</p> <p>Clase: autocontrol(O)</p>	<p>Pasar tiempo con el paciente</p> <p>Escuchar los miedos del paciente/ familia</p>	<p>paciente lo q constituye una presión del medio ambiente físico y emocional por lo que requiere apoyo profesional durante la etapa terminal.</p> <p>Ayuda a comunicar verbalmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.</p> <p>Ayuda a mantener una relación de confianza y seguridad brindada por parte del personal de</p>	<p>Elimina los factores precursores del miedo</p> <p>Busca información para reducir el miedo</p> <p>Evita fuentes de miedo cuando es posible</p> <p>Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo</p> <p>Mantiene el control sobre su vida.</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>2</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>3</p>
--	---	--	--	--	--	--

		<p>Explicar al paciente / familia todas las pruebas y procedimientos</p>	<p>salud en cuanto a los miedos que se presentan durante el transcurso de la patología hasta su etapa final y muerte.</p> <p>Explicar el tipo de procedimiento implica una comunicación abierta con el paciente, por lo q el profesional de enfermería establece una relación que genera confianza, da seguridad y brinda apoyo efectivo durante procedimientos a los que el paciente se ha expuesto</p> <p>La comunicación durante</p>	<p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p>		
--	--	--	---	--	--	--

		Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera	la etapa de cáncer es importante ya que ocasiona sentimientos desagradables, por lo que se recomienda comunicar su estado de salud al paciente y familiar de una forma puntual y sincera.	Siempre demostrado		
<p>ANCIEDAD</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Cambio en entorno, el estado de salud</p> <p>-Estrés</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.</p>	<p>AUTO CONTROL DE LA ANCIEDAD (1402)</p> <p>Dominio: Salud psicosocial (III)</p> <p>Clase: autocontrol (O)</p>	Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento	Explicar el tipo de procedimiento implica una comunicación abierta con el paciente, por lo q el profesional de enfermería establece una relación que genera confianza, da seguridad y brinda apoyo efectivo durante procedimientos a	<p><u>Indicadores.</u></p> <p>Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso</p> <p>Utiliza técnicas de relajación para reducir la</p>	2	3
					3	4

<p>-Angustia -Aumento de la tensión arterial -Aumento del pulso -Insomnio</p>		<p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico</p> <p>Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</p>	<p>los que el paciente se ha expuesto</p> <p>La información que se le brinde al paciente es muy importante ya que de ella depende todo su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de manera fácil y comprensiva para su manejo.</p> <p>La importancia de permanecer con el paciente disminuye el nivel de ansiedad, por lo que es recomendable efectuar intervenciones de distracción recreativa</p>	<p>ansiedad.</p> <p>Refiere incremento de la duración entre episodios</p> <p>Mantiene la concentración</p> <p>Refiere dormir de forma adecuada</p> <p>Controla la respuesta de ansiedad.</p> <p><u>Escala de medición.</u></p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>
---	--	---	--	--	--	-------------------------------------

		<p>Administrar masajes en la espalda/ cuello si procede.</p> <p>Instruir al paciente sobre técnicas de relajación</p> <p>Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad , si esta prescripto</p>	<p>para promover la seguridad en el paciente con cáncer terminal.</p> <p>Esto ayuda al paciente a mantenerse relajado en un ambiente tranquilo y sin tenciones en su estado de salud.</p> <p>Ayudará a mantener un mejor estado de salud físico, psicológico y emocional en su entorno.</p> <p>El consumo de medicina para controlar la depresión ayuda a la persona con cáncer a manejar el miedo y</p>	<p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>Siempre demostrado</p>		
--	--	---	--	--	--	--

			nerviosismo causados por su enfermedad.			
<p>DUELO</p> <p>DOMINIO 9:</p> <p>Afrontamiento/ tolerancia al estrés</p> <p>CLASE2: Respuestas de afrontamiento</p> <p>CÓDIGO DEL Dx. 00136</p> <p>Relacionado por:</p> <p>-Pérdida de un objeto significativo (parte corporales)</p> <p>Manifestado por:</p> <p>-Búsqueda del significado de la pérdida</p> <p>-Alteración del sueño</p>	<p>Modificación psicosocial : cambio de vida (1305)</p> <p>Dominio: salud psicosocial (III)</p> <p>Clase: Adaptación psicosocial (M)</p>	<p>Valora la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</p> <p>Disponer un ambiente de aceptación</p>	<p>Esto ayuda a que el paciente se encuentre en un ambiente de comprensión en el que él se sienta tranquilo y así el proceso de su enfermedad sea menos traumático.</p> <p>El ambiente de aceptación busca poner atención a las ideas, inquietudes y creencias sobre lo que está pasando con su vida, por lo que la mejor opción para su adaptación es su</p>	<p><u>Indicadores</u></p> <p>Mantenimiento del autoestima</p> <p>Expresiones de utilidad</p> <p>Expresiones de optimismo sobre el presente</p> <p>Expresiones de optimismo sobre el futuro</p> <p>Expresiones de sentimiento permitidos</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p>

		<p>Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés</p> <p>Alentar el uso de fuentes espirituales si resulta adecuado</p> <p>Alentar la manifestación de sentimientos,</p>	<p>domicilio junto a su familia.</p> <p>El estrés produce alteraciones negativas en la toma de decisiones por lo q debemos mantener pensamientos positivos para que no genere la toma de decisiones inadecuadas.</p> <p>Es importante la intervención de fuentes espirituales como pastores o sacerdotes ya que ellos ayudan a sobrellevar el proceso de</p>	<p><u>Escala de medición.</u></p> <p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>Siempre demostrado</p>		
--	--	--	--	--	--	--

		<p>percepciones y miedos</p> <p>Animar la implicación familiar si procede</p>	<p>la vida hasta una muerte digna.</p> <p>El proceso de la enfermedad origina una alteración en los sentimientos, produciendo miedo, por lo que es importante conocer las manifestaciones negativas dando apoyo físico, psicológico y emocional al paciente y familia por parte del profesional de salud.</p> <p>El apoyo familiar es indispensable por lo que</p>			
--	--	---	--	--	--	--

			se recomienda la compañía y apoyo constante del familiar durante esta etapa por la que cursa el paciente oncológico.			
--	--	--	---	--	--	--

CAPÍTULO V

5.1. Conclusiones.

Al finalizar la investigación con el tema: “CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL, EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA, PERIODO OCTUBRE 2013 MARZO 2014”, se llegó a las siguientes conclusiones:

La investigación permitió identificar las patologías más frecuentes de cáncer como: Cáncer de tiroides, Cáncer de mama, Cáncer uterino, Cáncer de colon, las mismas que fueron estudiadas con la finalidad de dar el seguimiento oportuno a cada caso durante la investigación.

Los resultados del estudio de investigación permiten evidenciar que los casos de cáncer terminal identificados, están relacionados con características sociodemográficas como edad la cual constituye el principal determinante, en cuanto a los casos de cáncer terminal representados en el rango de edad de 40 – 60 años, sin presentar mayor impacto en los aspectos de género, estado civil y ubicación geográfica.

De acuerdo a la valoración del paciente por dominios y escalas de la calidad de vida los resultados permiten demostrar que el 50% se ubican en el rango 3 de la escala de ECOG lo que significa que estos pacientes, por su condición requieren apoyo físico, emocional y psicológico demandando cuidado integral en la satisfacción de necesidades básicas.

El diseño del PAE (Proceso Atención de Enfermería) NANDA NIC-NOC, de las patologías más frecuentes, encontradas en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra, ha

sido un aporte significativo en la aplicación de cuidados paliativos de manera especial para el personal de enfermería, en relación a la situación actual del paciente ya que permitió satisfacer necesidades físicas, espirituales y emocionales afectadas, lo que resulta una de las tareas más difíciles en la práctica de enfermería.

La elaboración e implementación de la "Guía educativa de cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal", dirigida al paciente y familia ha sido de gran ayuda en el manejo domiciliario, ya que se basa en cumplir las necesidades básicas del paciente y familia aumentando el plazo de supervivencia estimado de cada paciente.

La UTN junto a la Carrera de Enfermería aporta a la sociedad de muchas maneras, pero la más importante y la que sobresale realmente en la sociedad, es la de poder ayudar a las/os usuarios de las instituciones en este caso en la Unidad oncológica SOLCA Ibarra, a mantener un estado óptimo realizando diferentes tipos de intervenciones que contribuyen a mantener estados de vida saludable, fortaleciendo los aspectos de promoción de salud y prevención de enfermedades en atención a los objetivos que plantea el plan del buen vivir.

5.2 Recomendaciones.

La educación es la principal estrategia en la búsqueda de nuevos conocimientos de la población en cuidados paliativos brindados en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra, puesto que, a medida que la población adquiere conocimiento será capaz de asumir la responsabilidad sobre su propia salud, por lo tanto:

Por medio de la información obtenida se recomienda al equipo de médicos, enfermeras y auxiliares que deben estar en permanente investigación y actualización de conocimientos acerca de los diferentes tipos de cáncer encontrados y a su vez dar seguimiento adecuado, e incentivar a cada uno de los usuarios a un diagnóstico oportuno de estas patologías y así también dar técnicas de control del dolor en pacientes terminales.

Se recomienda la correcta aplicación de características sociodemográficas, en el estudio realizado por ser uno de los mayores pilares fundamentales para determinar el rango de edad el cual permite conocer en qué etapa de la vida es más frecuente el desarrollo de esta patología y así poder diagnosticarla a tiempo y realizar un tratamiento oportuno

El personal de salud de la unidad oncológica SOLCA Ibarra tiene la responsabilidad de difundir la “Guía de Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer Terminal” con la finalidad de fortalecer los conocimientos del paciente / familia para prestar el cuidado oportuno a las necesidades básicas del paciente en etapa terminal.

Se recomienda brindar terapias psicológicas en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra con la finalidad de valorar el nivel de depresión en los pacientes con cáncer terminal, para mejorar los aspectos físico, emocional y psicológico que se encuentran alterados según ECOG la cual mide la calidad de vida del paciente oncológico en etapa terminal.

Se recomienda brindar terapia psicológica individual tanto a los pacientes oncológicos como a sus familiares, con la finalidad de generar en ellos la formación como agentes de apoyo significativo al paciente e influye directamente en su mejoría personal y física, para de esta manera los pacientes oncológicos puedan manejar las dificultades que se las pueda presentar tales como los procesos de depresión a los cuales están expuestos a causa de la enfermedad oncológica.

Al concluir con el estudio realizado se recomienda a la unidad oncológica SOLCA Ibarra la aplicación del Proceso Atención Enfermería para brindar un cuidado de calidad y calidez tanto al paciente / familia en la aplicación de cuidados paliativos con la finalidad de concientizar, cuán importante es conocer y ayudar a normalizar el estado depresivo en los pacientes oncológicos, teniendo en cuenta que el estado de ánimo es un elemento importante para que el paciente pueda mejorar en la evolución de su tratamiento.

CAPÍTULO VI

6. Propuesta

6.1. Plan de Intervención

La educación es la base fundamental en el cuidado de la salud; a medida que se adquiere conocimiento, se desarrolla mayor responsabilidad sobre el control de Cuidados Paliativos. Está se encaminada principalmente al usuario y familiares para lograr un adecuado cuidado al paciente con cáncer terminal.

Las barreras relacionadas con el desconocimiento, de las diferentes patologías de cáncer encontradas en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra son aspectos identificados en el grupo de estudio, permiten determinar la necesidad de brindar un enfoque especial en actividades de educación, específicamente relacionados con el tema de promoción de salud , enfatizando la importancia de la elaboración de la “Guía de Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer terminal ”, que contribuirá con los conocimientos para el grupo de usuarios y familiares que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra

La Unidad Oncológica SOLCA Ibarra tiene la necesidad de implementar un Plan de Intervención que dirija las actividades del equipo con respecto a la realización de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal, con la finalidad de alcanzar una respuesta positiva para dar una mejor calidad de vida al usuario en etapa terminal en el proceso de enfermedad hasta que la muerte se produzca. El presente plan de intervención pretende optimizar las actividades de educación sobre Cuidados Paliativos, ofreciendo a los pacientes una mejor atención y calidad de vida para proporcionar una muerte digna.

En el plan de intervención se toma en cuenta aspectos importantes, relacionados con el problema de estudio sobre las patologías más frecuentes en el paciente con cáncer terminal de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra, el cual pretende desarrollar la propuesta dirigida a los miembros del equipo de salud de la Unidad Oncológica SOLCA, como responsables de la salud de la población y específicamente, para contribuir en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad de los diferentes tipos de cáncer terminal .

La Universidad Técnica del Norte en su calidad de Institución de Educación superior, como un referente del norte del país, aporta permanentemente con el desarrollo de la población en temas relacionados específicamente con educación y salud en lo que le compete a la Facultad Ciencias de la Salud y la Escuela de Enfermería; aportando en esta oportunidad con un plan de intervención con el tema “Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer terminal, en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra, periodo Octubre 2013 Marzo 2014”, para lo cual se desarrollara las siguientes actividades:

Elaboración de “Guía de Cuidados Paliativo en pacientes con cáncer terminal”.
Implementación de “Guía de Cuidados Paliativo en pacientes con cáncer terminal”.
Socializar “Guía de Cuidados Paliativo en pacientes con cáncer terminal”, al equipo de salud que labora en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.
Difundir la “Guía de Cuidados Paliativo en pacientes con cáncer terminal”.

6.2.Programa educativo

¿Qué es lo que queremos lograr?

- Ofrecer información básica sobre Cuidados Paliativo en pacientes con cáncer terminal con la elaboración del proceso de atención de enfermería, dirigida a pacientes y familiares.

- Incentivar al grupo objeto de estudio a la aplicación del plan de cuidados paliativos, como una oportunidad para mejorar su calidad de vida y proporcionar una muerte digna.

6.3.Objetivos

6.3.1 General

Contribuir con la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra con el aporte de conocimientos, mediante el plan de intervención sobre Cuidados Paliativo en pacientes con cáncer terminal con la finalidad de fortalecer los conocimientos de la población a través de la implementación de la “Guía Cuidados Paliativo en pacientes con cáncer terminal”.

6.3.2 Específicos

- Construir la “Guía Cuidados Paliativo en pacientes con cáncer terminal”.
- Implementar “Guía Cuidados Paliativo en pacientes con cáncer terminal en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.
- Socializar “Guía de Cuidados Paliativo en pacientes con cáncer terminal”, al equipo de salud que labora en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.
- Difundir la “Guía Cuidados Paliativo en pacientes con cáncer terminal” en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

6.4. “Guía de cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal”

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Cadena Sanabria, M. (22 de 08 de 2012). Importancia de la valoración geriátrica integral. Obtenido de <http://www.medicasuis.org/anteriores/volumen25.2/004.pdf>
- 2) SEMI,semFYC,FAECAP. (10 de 2013). Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. Obtenido de <http://www.fesemi.org/documentos/1385470163/publicaciones/guias/proceso-asistencial-enfermedades-cronicas-complejas.pdf>
- 3) AECC contra el cáncer. (27 de 02 de 2014). Definición de cuidado paliativo. Obtenido de <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Definici%C3%B3ndecuidadopaliativo.aspx>
- 4) AECC contra el cáncer. (2011). Unidades de cuidados paliativos. Obtenido de <https://www.aecc.es/Paginas/PaginaPrincipal.aspx>
- 5) AECC. . (27 de 02 de 2014). DEFINICION DE CUIDADOS PALIATIVOS . Obtenido de <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Definici%C3%B3ndecuidadopaliativo.aspx>
- 6) Alonso J. (04 de 2013). SALUD COLECTIVA. Recuperado el 05 de 12 de 2013, de SALUD COLECTIVA: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000100004&lng=es&nrm=iso>.

- 7) Alvarez J. (06 de 2010). Manual de Valoración de Patrones. Obtenido de <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
- 8) Ariaza P. Cancino G. Sanhueza O. (2009). Experiencia de pacientes y cuidadore durante el cuidado paliativo en Chile. Ciencia y enfermería, 3.
- 9) Arroyo M. (2001). Calidad y humanizacion de los cuidados. metas de enfermeria. España: 39:26-31.
- 10) Asamblea Nacional. (2011). Comicion especializada permanente del derecho a la salud. Comicion N° 10 Asamblea Nacional (págs. 1-13). Quito: Comicion especializada.
- 11) Asociacion Española de enfermeria en Cuidados Paliativos. (2012.). Asociacion Española de enfermeria en Cuidados Paliativos. Recuperado el 10 de 03 de 2013, de <http://secpal.com/aecpal/sociedad/index.php?acc=historia>
- 12) Astudillo W. Mendinueta C. (2012). Principios Generales de los cuidados paliativos. Obtenido de http://www.eps-salud.com.ar/Pdfs/Cuidados_Paliativos.pdf
- 13) Atención primaria en la red. . (01 de 24 de 2009). Control de síntomas en cuidados paliativos. Obtenido de <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/#3796>
- 14) Bezerra V. (2009). Analgesia adyuvante y alternativa. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942006000500012&script=sci_abstract&tlng=es

- 15) Boó M. (02 de 2013). El duelo cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológico. Obtenido de <http://bucserver01.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2182/BooPunteMJ.pdf?sequence=1>
- 16) Buen Vivir Plan Nacional. (2013). MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACION . Obtenido de www.buenvivir.gov.ec
- 17) Castillo L. Vásquez F. (2012). Cuidados paliativos de enfermería en el hospital regional docente de las Mercedes Chiclayo Perú. Chiclayo.
- 18) Constitución Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Constituyente. Monte Cristi.
- 19) Dr. Mazza P. (20 de Marzo de 2010). Los beneficios de la estrategia de Cuidados Paliativos. (D. Mazza, Ed.) Cuidados paliativos de la AMA (Asociación Médica Argentina), 1- 5.
- 20) El Telégrafo. (18 de 06 de 2013). SOLCA LA ESPERANZA. pág. 1.
- 21) Enfermería cuidados paliativos. (10 de 2013). Enfermería ante los cuidados paliativos en Atención Primaria. Obtenido de [repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/.../FuentesFernandezL.pdf?...:](http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/.../FuentesFernandezL.pdf?...)
repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/.../FuentesFernandezL.pdf?...
- 22) Escobar Y. (30 de 08 de 2009). Ansiedad y depresión en pacientes oncológicos. Obtenido de http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/socios/2006/toledo2004CuiCon/30_09_04Jueves/iiimContSintPreva/draEscobar.pdf

- 23) Espinar V. (01 de 2012). Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. Obtenido de <http://www.aebioetica.org/revistas/2012/23/77/169.pdf>
- 24) ESRA- España. (2012). Tratamiento del dolor. Dolopedia.
- 25) Fernández C. (2006). Scielo. Obtenido de Calidad de vida informada por pacientes oncológicos paliativos. Relaciones con el informe médico y estado emocional: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100007
- 26) García P. (2009). Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente. Obtenido de <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3728.pdf>
- 27) Gómez M. (2012). Medicos y pacientes.com. Recuperado el 31 de 10 de 2013, de El medico ante la muerte: http://historico.medicosypacientes.com/colegios/2012/04/12_04_12_deontologia
- 28) Gómez M. Ojeda M. (2005). Cuidados Paliativos, control de síntomas. Obtenido de Control de sintomas Las Palmas de Gran Canaria. El Sabinal.: www.fisterra.com
- 29) Guanter L. (22 de 10 de 2013). El papel de la enfermería dentro del equipo de cuidados paliativos . (L. v. experto., Entrevistador)
- 30) Instituto Nacional del Cáncer. (05 de 05 de 2014). Complicaciones orales de la quimioterapia y la radioterapia a la cabeza y el cuello. Obtenido de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/complicacionesorales/Patient/page2/AllPages/Print>

- 31) International Association for the Study of Pain. (10 de 2009). Tratamiento del dolor provocados por el cáncer. Obtenido de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/CancerPainFactSheets/Treatment_Spanish.pdf
- 32) Junin, M. (15 de 12 de 2013). Rol de enfermería en Cuidados Paliativos - Simposio Virtual. Obtenido de www.simposiodolor.com.ar/contenidos/archivos/sdc017c.pdf
- 33) Krikorian A. (2012). Factores que contribuyen a la experiencia de sufrimiento en enfermos con cancer en situacion avanzada / terminal que reciben Cuidados Paliativos. Barcelona.
- 34) Lics. Castillo M. Jiménez A. Torres I. (2007). Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal. Scielo, v.23 n.2.
- 35) Martel C, F. J. (2012). Cáncer . OMS, CENTRO DE PRENSA . COLOMBIA: Global burden of cancers attributable to infections in 2008.
- 36) Mesas A. (11 de 2012). Clasificación del Dolor. Obtenido de <http://www.scartd.org/CursDolor/DolorAgutICronic.pdf>
- 37) Morales M. (2009). Manejo farmacológico del dolor en el paciente oncológico. Obtenido de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022004000300004&script=sci_arttext
- 38) Moreira R. Turrini R. (s.f.). Paciente Oncologico Terminal. Recuperado el 8 de 4 de 2013, de Sobrecarga del cuidador. enfermeria global: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/122771>

- 39) National institute of nursing research. (09 de 2011). Cuidados Paliativos. Obtenido de <http://www.ninr.nih.gov/sites/www.ninr.nih.gov/files/cuidadospaliativos.pdf>
- 40) OMS. (03 de 06 de 2012). Obtenido de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- 41) OMS. (Febrero de 2013). CANCER: Centro de prensa. Recuperado el 04 de 12 de 2013, de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- 42) OMS. (2007). Control del càncer aplicaci3n de conocimientos.
- 43) OPS. (2011). Progreso en la prevenci3n del càncer. OPS, OPS. QUITO: s.l.: American Cancer Society; AVAC; PATH; IPPF; UICC; OPS; FIGO.
- 44) P3rez G. (2007). Manejo del dolor oncol3gico. 24. Madrid: Copyright © 2007 ARAN EDICIONES, S.L.
- 45) Pessini L. Bertachini I. (18 de 12 de 2009). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. (S. P. Camilo, Ed.) Scielo, 12(2), 242.
- 46) Ponce, N. (2013). Creaci3n e implementaci3n de una unidad de manejo paliativo y terapia del dolor en pacientes oncol3gicos terminales en la Unidad Oncol3gica provincial SOLCA Ibarra en el a3o 2012. Ibarra: SN.
- 47) Poveda R. (2004). Cuidados a pacientes cronicos. ANIORTE.
- 48) Rivera , A., M3ran, L., & Trivi3o, M. (10 de 05 de 2010). SANCYD. Obtenido de SOCIEDAD ANDALUZA DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA (MENU Y DIETA HIPERPROTEICA): <http://sancyd.es/comedores/discapitados/menu.dieta.hiperproteica.php>

- 49) Rocafort J. Herrera E. (11 de 2 de 2007). Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. Recuperado el 16 de 12 de 2013, de <http://www.doyma.es> el 11/02/2007.
- 50) Sociedad Americana del cáncer. (06 de 2007). Guía de tratamiento para pacientes con cáncer. Obtenido de http://geosalud.com/Cancerpacientes/NCCN_nauseas.pdf
- 51) Sociedad Española de cuidados paliativos. (3 de 11 de 2013). Sociedad Española de cuidados paliativos. Obtenido de Guia de Cuidados Paliativo: <http://www.secpal.com/guiacp/>
- 52) Sociedad Española de oncología médica. (07 de 2010). Cuidados del paciente oncológico. Obtenido de http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto_n10.pdf
- 53) SOLCA, Ibarra. (2012). Casos de cancer. Ibarra.
- 54) SOLCA, Ibarra. (Jueves de Enero de 2012). Quimioterapia ambulatoria en Solca Ibarra. EL NORTE.
- 55) Tutt B. (16 de FEBRERO de 1012). Los cuidados paliativos pueden ofrecer beneficios para la supervivencia. (D. E. Bruera, Ed.) ONCOLOG, 57(2), págs. 1-5.
- 56) SOLCA. (2012). CASOS DE CANCER SOLCA IBARRA 2012. CASOS DE CANCER SOLCA IBARRA 2012. IBARRA, IMBABURA, ECUADOR.

ANEXOS

Encuesta dirigida a los profesionales de salud en la unidad oncológica SOLCA Ibarra

Objetivo.- Relacionar los conocimientos con la práctica de cuidados a pacientes terminales que aplican los profesionales de salud de SOLCA Ibarra.

Instrucciones:

A continuación encontrará varias preguntas que le solicitamos se sirva responder con absoluta franqueza. La información que nos proporcione será de mucho valor para el trabajo de investigación que se está desarrollando.

Marque con una X la respuesta correcta:

a).- ¿Qué tipos de cáncer encontrados en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra?

1. _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____

b).- ¿Con qué frecuencia actualiza sus conocimientos en cuanto a cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal?

- Una vez al año
- Cada 6 mese
- De vez en cuando
- Casi nunca

c).- ¿Que opción que cree que es de inmediata ejecución para el mejoramiento de la atención?

- Capacitación
- Mejoramiento de la infraestructura
- Recursos materiales

- Protocolo de atención

d).- ¿Con que frecuencia utiliza los protocolos de atención en pacientes terminales?

- Siempre
- A veces
- No

e).- ¿Qué tipo de escala es más utilizadas para medir la calidad de vida del paciente en etapa terminal?

- Karnofsky
- Ecog

f).- ¿Cuáles son los principales problemas que presentan los pacientes con cáncer en etapa terminal, percibidos por el personal de salud?

- Dolor
- Desesperanza
- Soledad
- Abandono

g).- ¿Que dificultad que encuentra el personal de salud en la atención del paciente terminal?

- Falta de conocimientos
- Manejo de la información
- Falta de trabajo en equipo

h).- ¿Cómo es la calidad en el manejo del paciente con cáncer terminal, proporcionada por parte del profesional de salud?

- Ineficaz
- Poco eficaz
- Aceptable
- Eficaz

Encuesta dirigida a familiares de pacientes terminales que acuden al servicio de SOLCA Ibarra

Objetivo.- Conocer las formas de atención y cuidados a los pacientes terminales en sus domicilios.

Instrucciones:

A continuación encontrará varias preguntas que le solicitamos se sirva responder con absoluta franqueza. La información que nos proporcione será de mucho valor para el trabajo de investigación que se está desarrollando.

Marque con una X la respuesta correcta.

a).- Familiares a cargo del paciente con cáncer terminal.

- Esposo(a)
- Hijos
- Hermanos

b).- Dificultad que presenta el cuidador en la administración de medicación por portal subcutáneo.

- Altamente difícil
- Mediadamente difícil
- Medianamente fácil
- Altamente fácil

c).- Cual es el nivel de conocimientos por parte de familiares, sobre cuidados paliativos ofrecidos al paciente con cáncer terminal a su cargo.

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Deficiente

d).- ¿Ha recibido capacitaciones por parte del personal de salud, sobre cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal?

- Si

- No

e).- ¿Cree que es importante una guía sobre el correcto manejo del paciente con cáncer terminal, dirigido al familiar?

- Si
- No
- A veces

f).- Como define a la calidad de atención que recibe el paciente y familia por parte del equipo de salud de la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra.

- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Insatisfactoria

g).- ¿Cuál es el sexo (genero) del paciente objeto de estudio?

- Masculino
- Femenino

h).- Edad del paciente con cáncer terminal.

- De 30 a 39 años
- De 40 a 49 años
- De 50 a 59 años
- De 60 en adelante

i).- Estado civil del paciente con cáncer terminal.

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Viudo(a)
- Divorciado(a)

j).- Escalas en la que se encuentra el paciente con cáncer terminal de acuerdo a ECOG (mide la calidad de vida)

- Escala 0
- Escala 1

- Escala 2
- Escala 3
- Escala 4
- Escala 5

k).- Escalas en la que se encuentra el paciente con cáncer terminal de acuerdo a Karnofsky, la cual mide la capacidad de los pacientes con cáncer para realizar tareas rutinarias.

- Escala 100
- Escala 90
- Escala 80
- Escala 70
- Escala 60
- Escala 50
- Escala 40
- Escala 30
- Escala 20
- Escala 10
- Escala 0

ENTRADA A LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA



UNIDAD ONCOLÓGICA PROVINCIAL SOLCA IBARRA, EN DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO DE ACCIÓN, UBICADA EN LAS CALLES RAFAEL SÁNCHEZ 10-67 Y TOBÍAS MENA. SECTOR YACUCALLE.



CASOS MÁS FRECUENTES DE CÁNCER ENCONTRADOS EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA



MAPA DE RIESGO DE UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA

