



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL
HOGAR A UNA PERSONA ADULTO MAYOR CON CANCER HEPÁTICO EN
FASE IV. ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A:

ANA CELIA POMPOSO FUENTES

No. DE CUENTA 304255823



DRA. ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA

ASESORA

Ciudad de México 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por haberme mandado ese ángel que me dio la vida y que me ha apoyado en todo momento incondicionalmente.

A ti, mamá, porque de no ser por tu amor, dedicación y esfuerzos, no habría llegado hasta aquí.

A mi hijo, por el tiempo que no estuve con él para hacer realidad este proyecto y por ser mi motor y mi fuerza para seguir luchando.

A mi papá y hermanos, por su apoyo brindado desde siempre.

A Itzel, Miriam y Judith, por auxiliarme cuando las ideas no fluían.

A la Mtra. Monserrat Gamboa Méndez quien me ha dado la mano en los momentos difíciles y ha festejado conmigo los pequeños triunfos.

A la Dra. Araceli Jiménez Mendoza, por confiar y aceptar caminar este último tramo de mi carrera a mi lado.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
I. PLANTEAMIENTO DEL CASO.....	4
II. JUSTIFICACIÓN.....	5
III. OBJETIVOS.....	7
3.1 Objetivo general.....	7
3.2 Objetivos específicos.....	7
IV. METODOLOGÍA.....	8
4.1 Proceso atención de enfermería.....	9
4.1.1 Antecedentes históricos del Proceso.....	9
Atención de Enfermería	
4.1.2 Proceso Enfermero.....	10
4.1.2.1 Valoración.....	10
4.1.2.2 Diagnóstico.....	11
4.1.2.3 Planeación.....	12
4.1.2.4 Ejecución.....	13
4.1.2.5 Evaluación.....	13
4.2 Modelo de Virginia Henderson.....	14
4.2.1 Antecedentes Personales.....	14
4.2.2 Principales conceptos.....	15
4.2.3 Principales supuestos de la filosofía de Virginia Henderson.....	17
V. MARCO TEÓRICO.....	19
5.1 Adulto mayor.....	19
5.2 Cáncer hepático.....	20
5.2.1 Cáncer.....	20

5.2.2	Cáncer hepático.....	21
5.3	Dolor.....	24
5.3.1	Dolor.....	24
5.3.2	Tipos de dolor.....	26
5.3.3	Analgesia del dolor oncológico.....	27
5.4	Atención en el hogar y cuidados paliativos.....	30
5.4.1	Atención en el hogar.....	30
5.4.2	Cuidados paliativos.....	31
5.5	Intervenciones de enfermería enfocadas al Adulto mayor con cáncer.....	32
5.6	Acompañamiento en el proceso de muerte.....	34
5.7	Necesidades espirituales y religiosas de la persona enferma de cáncer en etapa IV.....	35
VI.	PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	38
6.1	Planteamiento del caso.....	38
6.2	Valoración de enfermería.....	40
6.3	Diagnósticos de enfermería.....	43
6.4	Plan de intervenciones.....	45
VII.	EVALUACIÓN DEL CASO.....	59
VIII.	PROPUESTAS.....	65
a)	Plan de cuidados a la familia del señor J.....	65
	CONCLUSIONES DE ENFERMERÍA.....	68
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
	ANEXOS.....	75
a)	Anexo 1.....	75
b)	Anexo 2.....	77

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se aborda el proceso que conduce a la muerte, este es vivido de manera única e irreplicable. Cuando ya no es posible lograr la curación o controlar la enfermedad oncológica, cuando las condiciones de salud se deterioran de modo irreversible y letal, el ser humano entra en la fase terminal de su existencia. Al sufrimiento físico sobreviene el drama psicológico y espiritual del morir. Como tal, el enfermo terminal es una persona necesitada de acompañamiento humano, que la sociedad debe acoger a través de la asistencia especial del cuidado paliativo.

La transición a esta fase puede ser gradual, necesitando la actuación integrada de diversos profesionales para ayudarlo a vivir satisfactoriamente la última experiencia de su vida. En esta perspectiva se intenta mejorar la calidad de vida a través del alivio de dolor mediante cuidados paliativos. La calidad de vida de la persona con enfermedad oncológica avanzada tiene que ver con sus experiencias y la forma de vida mientras transita con una amenaza constante a ésta y la calidad del morir tiene que ver con el tipo de experiencia de la persona al enfrentar el proceso mismo del morir.

La comprensión del concepto de calidad de muerte según lo anterior, implica que la persona se encuentre consciente de su muerte próxima, logrando un sentido de control para él o ella respetando sus deseos y de sus cercanos. El desconocimiento de esta situación le podría impedir vivir como protagonista de la última fase de su vida. Una persona, al estar consciente de que su vida tiene un próximo fin, quizás decida realizar actividades que nunca hizo y/o tomar decisiones importantes, como especificar su deseo a no prolongar artificialmente el proceso de su muerte.

Es necesario que los pacientes conozcan su diagnóstico y pronóstico terminal, para poder hacer frente a una situación que no es fácil.

En la actualidad la sociedad está más consciente de la necesidad de que la muerte sea en el hogar más que en un hospital, permitiendo así la cercanía de sus allegados significativos y supone además la ausencia de medidas de soporte vital

extraordinarias, las que otorgarían más horas de vida biológica, pero que no siempre garantizarían calidad en el proceso a la muerte.

La definición de calidad del morir también considera que el paciente esté lo más libre posible de dolor. El dolor, como ha sido reconocido, es una experiencia personal, individual y difícil de describir y que la International Association for the Study of Pain (IASP) ha definido como: "una experiencia sensorial y emocional desagradable, ligada a una agresión a los tejidos actual o potencial" y que contribuiría a una alta demanda de atención, ya que la mayoría de los pacientes con cáncer presenta dolor en la etapa final de la vida y es uno de los aspectos que más temen las personas con cáncer avanzado.

Más que un trabajo es la experiencia del cómo se mejora de manera holística no a un paciente, sino a un ser humano único, que requiere de cuidados personalizados. Como menciona Virginia Henderson hay que meterse en la piel de la persona para saber lo que necesita.

El proceso atención de enfermería es una herramienta que permitió planear las intervenciones personalizándolas según las necesidades del señor J, como se mencionó anteriormente, el objetivo siempre fue brindarle calidad de vida al disminuir el dolor y en su momento calidad de muerte brindándole compañía y tranquilidad.

En su contenido incluye distintos apartados, entre ellos la justificación y objetivos de realizar el presente trabajo, la metodología que es integrada por el concepto del proceso atención de enfermería y la filosofía de Virginia Henderson, teórica elegida para basar la valoración en sus 14 necesidades, posteriormente el marco teórico donde se habla de los conceptos de Adulto mayor, cáncer y cáncer hepático, así como cifras de estudios publicados recientemente sobre el cáncer y cómo influye la edad en la aparición del mismo. Este apartado incluye también puntos importantes como el dolor en el paciente oncológico y la analgesia para este tipo de dolor, en este caso se presenta la escalera del dolor propuesta por la OMS. Se menciona también la sensación de propiedad de sí mismo, al saberse el paciente en la intimidad de su hogar con la compañía de los suyos en sus últimos momentos, así

como la importancia de recibir la atención integral de los cuidados paliativos, puesto que son brindados por un equipo multidisciplinario con el fin común de cuidar cuerpo y mente de la persona y familia en cuestión.

Por último se abordan la evaluación del caso donde se comenta a modo de línea del tiempo las modificaciones e inconvenientes en la ejecución de las intervenciones, posteriormente las propuestas que incluye un plan para la familia del señor J y las conclusiones.

I. PLANTEAMIENTO DEL CASO

Se trata de un adulto mayor de 66 años, del sexo masculino, estado civil viudo, de profesión ingeniero, residente de la ciudad de México, procreo a 3 hijos, jubilado.

El señor J fue diagnosticado con cáncer hepático en el mes de diciembre de 2015, a raíz de que comenzó a manifestar dolor de estómago y falta de apetito, según refieren sus hijos, situación que coincide con la muerte de su esposa quien a su vez falleció por cáncer en el riñón en el mes de junio del mismo año.

Una vez que asiste a consulta se le realizó una tomografía para descartar cáncer debido a que cuenta con antecedentes familiares de cáncer de estómago, el resultado que evidenció el estudio fue de 9 tumores en el hígado.

El informe médico de cáncer en etapa avanzada fue dado a conocer primero a los hijos del paciente sugiriéndoseles realizar una biopsia de las masas tumorales con el fin de confirmar el diagnóstico.

El señor J fue comunicado del diagnóstico por el médico y sus familiares cercanos, quienes en conjunto decidieron no realizar ningún procedimiento diagnóstico ni terapéutico que fuera invasivo, para no deteriorar más su condición.

En el mes de enero de 2016 dadas las condiciones de dependencia física, el dolor y el deterioro emocional deciden como familia contratar el servicio de enfermería para el cuidado y acompañamiento en el hogar.

El estado del señor J se deterioró progresivamente requiriendo cuidados paliativos y acompañamiento en el proceso de muerte, al igual que sus familiares.

II. JUSTIFICACIÓN

El cáncer actualmente se ha convertido en una de las primeras causas de muerte en nuestro país y en el mundo. Cada día en nuestro quehacer enfermero y como personal de salud nos percatamos del alcance, y el impacto psicológico, social y económico que conlleva.

De acuerdo con un análisis preliminar de Gutiérrez Delgado y colaboradores, durante el periodo comprendido entre 2000 y 2010, en México ocurrieron aproximadamente 66 000 muertes anuales por esta causa, lo que equivale al 13% de mortalidad nacional anual.¹

El hepatocarcinoma, o carcinoma hepatocelular es el tumor maligno primario más común en el hígado y con mayor incidencia en el mundo, pues cada año se diagnostican cerca de 500,000 casos nuevos. En México, se encuentra dentro de las 20 causas de mortalidad general y 6º lugar por cáncer.²

El interés de abordar este tema, es señalar la importancia de la participación familiar en el acompañamiento durante la etapa final no solo de esta enfermedad sino de cualquiera ya que afecta la independencia de la persona, aún más tratándose de un adulto mayor quien por su avanzada edad presenta ciertas limitaciones y si añadimos el dolor constante y en incremento, podemos atrevernos a decir que el acompañamiento familiar es determinante para el tratamiento, la recuperación y/o la muerte de la persona.

Lo anterior sin olvidar que:

Como Henderson define en términos funcionales “La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda

¹ Gutiérrez-Delgado C, Reynoso-Noverón N, Hernández-Ávila M, Mohar-Betancourt A. Perfil epidemiológico de los cánceres en población adulta mexicana, periodo 2000-2010 [documento en revisión]

² José Luna, Cáncer de hígado entre las primeras 20 causas de mortalidad en México, Organización Editorial Mexicana, El sol de México, 20 marzo 2012.

si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible”

Por lo anterior considero necesario realizar un proceso atención de enfermería basado en la teoría de Virginia Henderson, quien planteo que la Enfermera no sólo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, pudiendo modificar el entorno en caso que se requiera.³ También señala que se debe identificar al paciente y familia como una unidad, ya que el impacto de la enfermedad también recae en ella, por ende las intervenciones planeadas en este proceso atención de enfermería se dirigen a ambos.

Esto último es muy importante ya que tras el diagnóstico de una discapacidad severa o de una enfermedad crónica, o potencialmente mortal (como lo es el cáncer), suele modificarse significativamente la dinámica familiar pues gran parte de la atención y la energía se dirige hacia el cuidado del enfermo. Acorde con las costumbres mexicanas, es común observar que sea alguien de la familia quien se convierta en el apoyo de la persona enferma, es decir, en su cuidador principal.

En este sentido es importante tener presente que los cuidadores constituyen una pieza clave en la triada terapéutica “equipo sanitario- enfermo-cuidador primario” si la asistencia se lleva a cabo en el servicio de un hospital, pero se enfatiza si el cuidado se realiza en el domicilio del enfermo.⁴ Sin embargo, es frecuente que los profesionales de salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se generan un sinnúmero de cambios, algunos nocivos para la salud de quienes desempeñan las funciones de cuidadores.

³ MARRINER, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 2ª ed. Mosby/Doyma libros. Madrid, 1999.

⁴ ESTAPE, Jordi. DOMENECH, María. Enfermería y cáncer. 3ª ed. Ediciones Doyma. Barcelona 1992.

Como una vez dijo Platón: “el gran error del tratamiento de las enfermedades es que hay personal de salud para el cuerpo y para el alma, pero no hay que olvidar que estos no pueden ser separados.”

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general.

Realizar un proceso atención de enfermería de acompañamiento en el hogar a una persona adulta mayor con cáncer hepático en fase IV. Enfoque de Virginia Henderson.

3.2 Objetivos específicos.

- Recabar datos e información necesaria para conocer de forma integral al paciente.
- Identificar las necesidades alteradas de acuerdo a la valoración de las catorce necesidades.
- Integrar diagnósticos de enfermería a partir de los problemas reales o de riesgo que propicien alteraciones en la condición de la persona.
- Planear junto con la familia las actividades encaminadas a una muerte tranquila y con el mínimo dolor.
- Propiciar el acompañamiento mutuo entre paciente y familia.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería que contribuyan a la satisfacción de las necesidades del paciente con cáncer en etapa IV.
- Evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería que se brindaron, para retroalimentar e identificar alteración en otras necesidades.

IV. METODOLOGÍA

La realización de este Proceso Atención de Enfermería fue posible con el consentimiento [anexo 1] y apoyo de los familiares de una persona a quien yo brindaba cuidados en el hogar. Se realizó la valoración de enfermería tomando como base las 14 necesidades humanas que señala Virginia Henderson [anexo 2].

La valoración inicial se realizó con un instrumento de valoración adaptado, puesto que en el hogar no se cuentan con ciertos recursos, por lo tanto se valoraron solo los aspectos más relevantes.

Una vez realizada la completa valoración de la persona, basándose en la jerarquización de necesidades de Virginia, y tomando en cuenta los aspectos más relevantes de las necesidades alteradas, se realizó un plan de cuidados para poder brindar pronta atención; siendo 6 las de mayor relevancia: las 4 primeras: descanso y sueño, comunicación, higiene y protección de la piel, y movilidad y postura ya que se ven afectadas directamente por el dolor manifiesto de la persona; y dejando en un segundo plano a las necesidades de nutrición e hidratación y oxigenación ya que obteniendo el control y la disminución del dolor se podrían mejorar ambas.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES.
1. Descanso y sueño
2. Comunicación
3. Higiene y protección de la piel
4. Movilidad y postura.

5. Nutrición e hidratación
6. Oxigenación

Posteriormente se implementaron las intervenciones, centradas siempre en el acompañamiento y reducir al mínimo el dolor.

La evaluación de las intervenciones se realizó durante o al término de cada acción.

Finalmente se trabajó un plan para la familia de acuerdo a las necesidades alteradas detectadas durante la elaboración del presente trabajo.

Los diagnósticos se elaboraron con el formato PES:

4.1 Proceso Atención de Enfermería

4.1.1 Antecedentes históricos del Proceso Atención de Enfermería

Fue en el año 1955 que Hall conceptualizó el cuidado enfermero en Proceso Atención de Enfermería, a partir de su aportación ha habido varios cambios en las etapas del proceso enfermero, ya que anteriormente constaba solo de 3 fases, fue hasta mediados de los años 70 que el proceso atención de enfermería quedó compuesto de cinco etapas como lo conocemos en la actualidad (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).⁶

El Proceso Atención de enfermería es un instrumento considerado estándar para la práctica profesional, que ha hecho crecer a la enfermería como disciplina y que además ha mejorado la calidad de la atención a los usuarios.

4.1.2 Proceso enfermero

El Proceso Atención de Enfermería es el método científico aplicado a la práctica asistencial para brindar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación de las alteraciones de salud, reales o potenciales y su tratamiento.⁵

6

Consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

4.1.2.1 Valoración

Es la base de todo el proceso, que consiste en la obtención de datos referentes a aspectos físicos, emocionales, sociales, intelectuales y espirituales del cliente⁷ a través de diversas fuentes:

- Primaria. Información proporcionada directamente por el paciente.
- Secundaria. Información obtenida de familiares, otros profesionales de la salud, la historia clínica y otros registros.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos:

- Datos subjetivos. Son los datos que proporciona el cliente, la familia o los profesionales sanitarios según su percepción de la situación. Son datos que no pueden ser medidos.
- Datos objetivos. Estos datos se pueden observar y verificar a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física.

⁵ RODRÍGUEZ, Bertha. Proceso enfermero. 4ª ed. Ediciones Cuellar. México 2006.

⁶ GORDON, Marjory. Diagnostico enfermero proceso y aplicación. 3ª ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1996.

⁷ MARRINER, Ann. El proceso de atención de enfermería un enfoque científico. 2ª ed. Editorial el Manual Moderno. México, DF 1983.

- Datos históricos. Son los acontecimientos que sucedieron con anterioridad (hospitalizaciones, cirugías, enfermedades y otros) y que dan la pauta para identificar y diferenciar entre un estado de bienestar y de enfermedad.
- Datos actuales. Todos los datos referentes a la enfermedad o alteración en curso.

4.1.2.2 Diagnóstico

Es la expresión del problema de salud del paciente reducido a un enunciado conformado de tres partes, cada una de ellas contiene la información necesaria para llegar al diagnóstico.⁷

P=Problema

E=Etiología

S=Sintomatología

Problema

Se identifica durante la valoración y hace referencia al problema de salud del usuario.

Etiología

Son los factores que se cree están influyendo al problema de salud, ya sean ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales.

Signos y síntomas

Son los signos y síntomas característicos que definen el problema.

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en:

- Reales. Describe la presencia de un problema confirmado por reunir todas las características definitorias. Lo conforman tres partes: Problema (P), Etiología (E) y Signos y Síntomas (S).
- Potenciales. Es el problema que no se encuentra presente en el momento de la valoración, pero existen los factores de riesgo que predisponen a su aparición posterior. Conformado por dos partes: Problema (P) y Etiología (E)
- Bienestar. Debe cumplir dos condiciones, tener un estado actual de salud funcional y el deseo de conseguir un estado de bienestar mayor.⁸

4.1.2.3 Planeación

Es la elaboración de un plan de intervenciones posterior a la valoración y construcción de los diagnósticos, con el fin de prevenir, minimizar o eliminar las alteraciones detectadas durante la valoración. Se establece el plan de cuidados dando prioridad a aquellas necesidades que están dificultando la independencia del paciente.⁷

Es importante que en esta etapa la enfermera incluya en la planificación de actividades la participación activa del paciente y sus allegados, siempre que sea posible se debe incitar a que ellos realicen el cuidado con la orientación del profesional.

⁸ CARPENITO, Lynda. Diagnósticos de enfermería, aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Mc Graw Hill. Aravaca 2002.

COMPONENTES DE LA PLANEACIÓN

Establecer prioridades. Antes que nada debe asegurarse si no hay ningún problema que requiera atención inmediata.

Teniendo en cuenta todas las alteraciones de salud, se establece un orden de preferencia según su importancia.

Planteamiento de los objetivos del paciente. Son los deseos del cliente de cambiar su conducta en relación a su estado de salud.

Planificar las estrategias de enfermería. Son las actividades de la enfermera dirigidas a resolver la alteración en cada diagnóstico, para lograr los objetivos del cliente. Las estrategias de enfermería deben centrarse en la eliminación o reducción de los factores causantes de la alteración.

Registro del plan de cuidados. Cuando haya terminado las intervenciones de enfermería para proporcionar los cuidados requeridos, necesitará escribir las órdenes de enfermería, para que se tengan instrucciones claras para la ejecución de cuidados.⁷

4.1.2.4 Ejecución

Es la puesta en práctica de lo planeado en la fase anterior. Las fases de planeación y ejecución tienen una relación muy estrecha y en la práctica se pueden encontrar dificultad en marcar la diferencia, la clave está en que durante la planificación se proponen las actividades, y en la ejecución se ponen en práctica.⁷

4.1.2.5 Evaluación

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. La evaluación del logro o no logro de los objetivos, es la clave para

determinar la efectividad del plan. Esta evaluación o valoración debe realizarse junto con el paciente.⁷

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva

4.2 Modelo de Virginia Henderson

4.2.1 Antecedentes personales

Virginia Henderson nació en 1897, es originaria de Kansas Missouri pero paso su infancia y adolescencia en la ciudad de Virginia. Desarrolló su interés por la enfermería durante la Primera Guerra Mundial. En 1918 ingreso a la escuela de enfermería del ejército en Washington D.C. y se graduó en 1921.

Trabajo como enfermera en el Henry Street Visiting en los servicios de enfermería de Nueva York. En 1922 inició como profesora de enfermería, 5 años más tarde estudio en el colegio para profesores de la universidad de Columbia, donde consiguió los títulos (B. S. y M. A.) en el área de enfermería. En 1929 fue supervisora pedagógica en el hospital de Rochester de Nueva York.

Regreso al colegio de profesores en 1930 e impartió diversos cursos. Reescribió la cuarta edición de su libro de texto denominado "Principios y Practica de Enfermería", de Bertha Harmer, publicado en 1939, en 1950 realizo valiosas aportaciones a la investigación en enfermería hasta 1958. De 1959 a 1971 dirigió el proyecto de enfermería de los estudios index. Produjo 4 volúmenes sobre la literatura histórica de la enfermería de 1900 a 1959, al mismo tiempo fue autora y coautora; entre sus trabajos figuran: un folleto sobre los principios de los cuidados de enfermería mismo que se tradujo en más de 20 idiomas, editó la encuesta nacional sobre la investigación en enfermería que se publicó en 1964, editó el libro "La Naturaleza de la Enfermería" en 1966, entre otros.

Durante su trayectoria obtuvo 9 títulos doctorales honoríficos, recibió diversos premios, fue elegida miembro honorario de la Academia Americana de Enfermeras. (Marriner, 1999)

Henderson murió a los 98 años en 1996.

4.2.2 Principales conceptos

Henderson definió la enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo a realizar las actividades que contribuyen a su salud, recuperación o a una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda, si contara con la fuerza, la voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible”⁹

Henderson no dio un concepto de salud, pero la compara con la independencia y menciona que esta va en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería.

Considera a la persona como “un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila”.

Virginia H. identifica 14 necesidades básicas, aunque no define necesidad.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1.- Respirar con normalidad.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos del organismo

⁹ MARRINER, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Editorial Elsevier. España 2007.

- 4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
- 5.- Descansar y dormir
- 6.- Seleccionar vestimenta adecuada
- 7.- Mantener la temperatura corporal
- 8.- Mantener la higiene corporal
- 9.- Evitar los peligros del entorno
- 10.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
- 11.- Ejercer culto a dios, acorde con la religión
- 12.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado
- 13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio
- 14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Virginia Henderson aplica las 14 necesidades a todas las personas que no puedan satisfacer una necesidad, ya sea por enfermedad o por cuestiones de naturaleza como el ciclo vital.³

4.2.3 Principales supuestos de la filosofía de Virginia Henderson.

1. La enfermera tiene como única función ayudar a los individuos sanos o enfermos.
2. La enfermera actúa como miembro del equipo de salud.
3. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar sus prescripciones.
4. La enfermera puede valorar las necesidades humanas (Los 14 componentes del cuidado).
5. Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
6. El cuerpo y la mente son inseparables.
7. El paciente requiere de ayuda para conseguir la independencia.
8. La persona y su familia son una unidad.
9. Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.
10. La salud es la calidad de vida.
11. La salud requiere independencia e interdependencia.
12. Para mantener la salud la persona requiere de fuerza, voluntad y conocimientos.
13. Las personas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
14. Las enfermeras deben conocer las costumbres y los valores de las personas

Henderson identificó los tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como lo siguiente:

- Sustituta del paciente.
- Colaboradora del paciente.
- Compañera de paciente.⁹

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Adulto mayor

Adulto mayor es toda persona de 65 años o más.¹⁰ Generalmente estas personas presentan alguna alteración en su estado de salud, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento resulta de los cambios que presenta la persona desde su nacimiento hasta su muerte, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales.¹⁰

Según datos recientes de la OMS, en la actualidad la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir 60 años o más; cabe mencionar que este grupo de edad está incrementando su proporción más rápidamente en comparación con cualquier otro, esto a causa del aumento en la esperanza de vida aunado a las caídas importantes en las tasas de fecundidad; representando un problema de salud pública a nivel mundial.¹¹

Particularmente en México, durante el siglo XX en la década de los treinta inició el descenso paulatino de la mortalidad y a mediados de los setenta empezó la declinación en los niveles de fecundidad. Esta disminución dio lugar a un proceso gradual de estrechamiento de la base de la pirámide poblacional y el desplazamiento de las generaciones numerosas hacia las edades entre 15 y 59 años.¹²

¹⁰ .- Restrepo M Sandra Lucía, Morales G Rosa María, Ramírez G Martha Cecilia, López L María Victoria, Varela L Luz Estela. NUTRITIONAL HABITS IN SENIOR ADULTS AND ITS RELATIONSHIP WITH PROTECTIVE OR DETERIORATING EFFECTS IN HEALTH. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2006 Dic [citado 2016 Feb 29]; 33(3): 500-510. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006>.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida: informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2005, disponible en [<http://www.who.int/ageing/es/>]

¹² Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Los Adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico, 2005, consultada en febrero 8 de 2016. Disponible en

El grupo que comprende a los Adultos Mayores supone una amplia variedad de características como edades, estados de salud y capacidades en general, esto derivado de los cambios que produce el proceso natural de envejecimiento. Aunque resulta normal el deterioro físico, mental y sensorial, las limitaciones físicas graves e incapacitantes son relativamente raras.^{13 14}

Algunas de las alteraciones que presentan los Adultos Mayores en su estado de salud son por herencia genética, sin embargo la mayoría son por efecto del entorno físico y social puesto que, además, este entorno determina sus posibilidades de desarrollarse y sus hábitos de salud.¹⁵

5.2 Cáncer hepático

5.2.1 Cáncer

Es un grupo de enfermedades neoplásicas que se caracterizan por la presencia de células malignas que crecen sin control y tienden a invadir tejido circundante.

El cáncer es una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo, presentándose mayormente en los países en desarrollo.¹⁶ Aunque no se conoce con precisión la etiología de esta enfermedad, se han identificado algunos de los factores de riesgo que predisponen al cáncer. La OMS señala que el consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa de más del 20% de las

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf

¹³ STANLEY, Mickey. Enfermería Geriátrica. 3ª edición. Editorial Mc Graw Hill. México 2005.

¹⁴ BURKE, Mary. Enfermería Gerontologica, cuidados integrales del adulto mayor. 2ª edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid 2008.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida: datos y cifras 2016, disponible en http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/index4.html

¹⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 Datos sobre el cáncer. Febrero 2014, disponible en <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>

muerdes mundiales por cáncer en general. Cerca del 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta baja de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.¹⁷

El cáncer hepático y el cáncer de cuello uterino causados por el virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) y el virus de papiloma humano (PVH) respectivamente, pueden ser prevenibles mediante la vacunación, esto representaría una disminución en las defunciones de hasta un 20% en los países de ingresos bajos y medios.¹⁷

Hablando específicamente de los adultos mayores, el patrón de causas de mortalidad muestra cambios conforme aumenta la edad; entre las principales causas de muerte de esta población se encuentran las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos, representando el 50.7% de los fallecimientos de adultos mayores. Este orden de causas se conserva para las mujeres, no así para los hombres en quienes los tumores malignos superan en incidencia a la diabetes.¹⁵

5.2.2 Cáncer hepático

Generalmente el cáncer invade al hígado por metástasis, sin embargo, aunque es en menor proporción se presenta la proliferación de células neoplásicas propias del hígado.

Los signos y síntomas característicos del cáncer de hígado son náusea y vómito, malestar general, fiebre, pérdida de peso,¹⁸ hinchazón (edema) abdominal, anorexia, debilidad, dolor localizado en la porción superior del abdomen, ascitis,

¹⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa: datos y cifras. Febrero 2015, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

¹⁸ WEISS, Geoffrey. Oncología clínica. 1ª edición. Editorial el Manual Moderno. México DF 1993.

ictericia leve y el hígado aumentado de tamaño y doloroso, en algunos casos se palpan nódulos tumorales sobre la superficie hepática.¹⁹

El diagnóstico se realiza mediante ultrasonido abdominal, TC, gammagrafía radioisotópica, biopsia, arteriografía y estudios de sangre de la función hepática. La elevación del nivel de fosfatasa alcalina con aumento en la retención de la bromosuftaleína, la presencia de alfafetoproteína en la sangre¹⁹ y la anemia hacen sospechar el diagnóstico de cáncer hepático. Son mínimos los pacientes con carcinoma hepatocelular en quienes se produce una elevación de alfa-fetoproteína en suero, en cambio, es frecuente en estos pacientes la invasión tumoral al interior de la vena cava inferior.¹⁸

Adenocarcinomas son todos los tumores del hígado, si estos se derivan de los hepatocitos se denominan hepatomas, cuando se originan en las células de los conductos biliares se llaman colangiomas. Estos tumores forman nódulos aislados de gran tamaño o nódulos satélites que rodean una lesión central, asentándose generalmente en el lóbulo derecho.¹⁹

El proceso conocido como metástasis, es la multiplicación rápida de las células neoplásicas que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir tejido adyacente o propagarse a todo el cuerpo. La metástasis caracteriza al cáncer y es la principal causa de muerte por esta enfermedad.¹⁷ En el caso del cáncer hepático las células neoplásicas invaden la vena porta y los vasos linfáticos y estos metastatizan a los ganglios, pulmones, cerebro y otras regiones del cuerpo.¹⁹

El tratamiento de elección para los tumores primarios es la lobectomía hepática total, puesto que el hígado tiene la capacidad de regenerarse casi en su totalidad,¹⁹ sin embargo, son pocos los pacientes para quienes resulta idónea la resección.¹⁸ Con la quimioterapia sistémica e infusión de methotrexate y 5-fluoracilo

¹⁹ Diccionario de Medicina Oceano Mosby. 4ª edición. Grupo editorial Oceano. España.

directamente en la arteria hepática a través de un catéter se pretende una regresión temporal del tumor. La irradiación no resulta muy tóxica para las células tumorales, pero es muy destructiva para los hepatocitos.¹⁹

Las alteraciones en las células son el resultado de la interacción entre factores genéticos del paciente y tres tipos de factores de riesgo:

- Carcinógenos físicos, son las radiaciones ultravioleta e ionizantes.
- Carcinógenos químicos, como los asbestos, los componentes del humo del tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua).
- Carcinógenos biológicos, las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

Sin dejar de lado la alimentación deficiente, sedentarismo, alcoholismo, envejecimiento, hemocromatosis y esquistosomiasis entre otros.

Los tumores primarios tienen una incidencia de 6 a 10 veces superior en el hombre que en la mujer, se desarrollan con más frecuencia a partir de los 60 años y en el 70% de los casos se relacionan con cirrosis hepática.¹³

Según los registros del INEGI sobre la vulnerabilidad entre los adultos mayores, en el periodo 2000-2002 se identificó un cambio notorio dentro de las tres primeras causas de muerte que se tenían registradas en la década de los 90. Durante esta década las tres primeras causas de muerte dentro de la población en general eran las enfermedades del corazón, los tumores malignos y los accidentes, esto en comparación con el periodo 2000-2002 el cambio en el perfil de causas de muerte fue más notorio entre los hombres, ya que las enfermedades del corazón y los tumores malignos reemplazaron a los accidentes como principal causa de fallecimiento entre la población masculina.¹³

La OMS señala que los 5 tipos de cáncer más comunes en el hombre a nivel mundial son, por orden de frecuencia los de pulmón, hígado, estomago, colon/recto y esófago.

5.3 Dolor

5.3.1 Dolor

La Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) definió el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”²⁰ Resulta difícil definir el dolor ya que cada persona le da un significado de acuerdo a su experiencia personal.

El objetivo primario de los profesionales de la salud frente al dolor por cáncer consiste en lograr un alivio significativo del dolor de tal manera que la persona pueda tener un estado funcional aceptable, una calidad de vida razonable y una muerte relativamente libre de dolor.¹⁸ Sin duda una de las principales razones por las que los pacientes con diagnóstico de cáncer todavía sufren y pierden calidad de vida a causa del dolor, es porque los tratamientos de analgesia proporcionados por los profesionales de la salud resultan inadecuados y/o insuficientes, teniendo en cuenta que los tratamientos deben ser personalizados y no estandarizados.

De los dolores que presenta un paciente con cáncer, solo el 75% están directamente relacionados con el cáncer.¹⁸

Las causas del dolor asociado a esta enfermedad incluyen:

- Invasión tumoral de tejidos normales
- Infiltración y compresión de nervios

²⁰ Puebla Díaz F.. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2016 Mar 18]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.

- Obstrucción del tumor en una víscera hueca o sistema de conductos
- Infiltración del tumor en vasos sanguíneos y linfáticos además del dolor por isquemia puede provocar edema e hinchazón.
- Lesiones tisulares secundarias a ulceración, necrosis o infección
- Dolor de hueso por irritación perióstica ¹⁸

El dolor también puede estar asociado a procedimientos diagnósticos y terapéuticos, o no estar asociado a ninguno de estos, es decir, a úlceras por presión, trastornos musculoesqueléticos secundarios a inactividad física, enfermedades asociadas, entre otros. ¹⁸

Es importante realizar una buena evaluación del dolor:

- a) Creer que hay dolor. El profesional de la salud debe creer en la queja de dolor, ser profesional y compasivo, de lo contrario no habrá una relación eficaz con el paciente.
- b) Realizar una historia clínica completa. La mnemotecnica PQRST (siglas en inglés) ayuda al paciente a la descripción del dolor: (P) factores que lo provocan, (Q) calidad, (R) región, (S) intensidad y (T) relaciones temporales del dolor. Debe tomarse en cuenta la influencia del dolor en las actividades cotidianas y en el ciclo de sueño, así como si las acciones terapéuticas previas fueron eficaces.
- c) Realizar una exploración física minuciosa. Es importante explorar la zona dolorosa y prestar atención a los sistemas nervioso y musculoesquelético para lograr una correlación con las quejas del dolor del paciente.
- d) Evaluar factores psicosociales y sociales. El estado emocional del paciente oncológico influye totalmente sobre la percepción del dolor. Es muy probable que este tipo de pacientes tengan sentimientos de temor y ansiedad pero no tenga la destreza para afrontarlos y caigan en una depresión. ¹⁸

El dolor representa temor en el paciente ante la enfermedad, especialmente ante el diagnóstico de cáncer, ya que muchas personas con cáncer pasan los últimos días, meses o incluso años con dolor deteriorando considerablemente su calidad de vida.

5.3.2 Tipos de dolor.

Existen diversos aspectos para clasificar los tipos de dolor, sin embargo, solo nos enfocaremos en su clasificación según su duración, patogenia, localización e intensidad.

Duración.

- *Agudo*. El dolor agudo tiene una duración limitada, es causado por estímulos desencadenados por heridas o patologías en piel,²¹ ²²estructuras somáticas profundas o vísceras. Tiene escasa influencia psicológica.²⁰
- *Crónico*. Su duración es ilimitada, sea compañía de influencia psicológica y es clásico del paciente oncológico.

Patogenia.

- *Neuropático*. Se produce por lesiones o alteraciones del sistema nervioso central o periférico. Su sensación es quemante, con hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Un ejemplo de éste es la neuropatía periférica post-quimioterapia y/o post-radioterapia.²¹
- *Nocioceptivo*. Es muy frecuente y se divide en somático y visceral.
- *Psicógeno*. En él interviene el ambiente que rodea al individuo.²⁰

²¹ Definiciones y clasificaciones del dolor. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 148-151. Disponible en [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/3_2.html]

²² Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer: cuidados paliativos, 2016, disponible en <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>

Localización.

- *Somático*. Resulta de un estímulo potencialmente dañino y estimula los receptores nociceptivos somáticos superficiales o profundos. Se habla de dolor somático cuando el dolor está directamente en la piel, musculo y articulaciones por lo que es fácil bien localizado y es fácil de describir para el paciente.²¹ Se caracteriza por ser localizado, punzante y se irradia por trayectos nerviosos. El ejemplo más frecuente de este dolor es el producido por metástasis ósea.²⁰
- *Visceral*. Es producido por la estimulación anormal de los receptores nociceptivos viscerales. Es menos localizado, continuo y profundo, se puede irradiar a zonas alejadas de donde se originó. Los dolores de tipo cólico son un claro ejemplo.²⁰

Intensidad.

- *Leve*: EVA de 0-3. No interfiere con las actividades cotidianas.
- *Moderado*: EVA de 4-6. Interfiere en la rutina diaria y requiere de medicación con opioides menores.
- *Severo*. EVA de 7-10. Impide el descanso y precisa de tratamiento con opioides mayores. ²⁰

5.3.3 Analgesia del dolor oncológico.

En 1986 la O.M.S. publicó *Alivio del dolor en el cáncer*, conocido también como escalera analgésica de tres peldaños, es un método secuencial farmacológico que incluye pocos medicamentos pero que usados de la forma correcta, resultan eficaces para el control del dolor hasta en el 80% de los casos.²⁰



Fuente: Definiciones y clasificaciones del dolor. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994 Disponible en [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/3_2.html]

Primer escalón: Pacientes con dolor leve.

Se sugieren analgésicos no opioides como paracetamol y metamizol para el dolor visceral y el ácido acetil salicílico para el dolor óseo/metastásico, además de la posibilidad de añadir coadyuvantes.²⁰

Segundo escalón: Pacientes con dolor moderado.

Si los fármacos del primer escalón no son suficiente para calmar el dolor, no dude en subir al segundo escalón donde se utilizan los opioides menores, se sugiere el tramadol como fármaco de elección en comprimidos de absorción normal, luego formulación retardada +/- gotas de rescate y si es necesario la adición de los analgésicos del primer escalón más algún coadyuvante.²⁰

Tercer escalón: Pacientes con dolor severo.

Si el escalón anterior falló no demorar en subir al tercer escalón. Son opioides potentes, es conveniente empezar con dosis bajas e ir subiéndola hasta controlar el dolor.

En dolor crónico estable o intolerancia a la vía oral, es mejor la vía transdérmica. La formulación transmucosa se puede utilizar como rescate en caso de que el dolor se agudice.

Se pueden añadir fármacos del primer escalón y algún coadyuvante. No se recomienda mezclar con los opioides débiles.²⁰

La escalera analgésica propuesta por la OMS ha servido como patrón de referencia en el manejo del dolor, al mejorar las decisiones clínicas frente a los pacientes con dolor oncológico. Sin embargo, desde entonces el arsenal de fármacos contra el dolor ha aumentado y mejorado sus propiedades, provocando el cuestionamiento de la efectividad de la escalera analgésica.²³ El dolor es un tema de interés en el que valdría la pena tomar en cuenta las alternativas disponibles para complementar estas terapias y llevar al mínimo esa molestia que disminuye en gran medida la calidad de vida de estos pacientes

²³ Tornero C., Herrera J., Molà O., Galván J.. Buprenorfina transdérmica (Feliben®): Nueva opción terapéutica para pacientes con dolor moderado y severo. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Mar 30]; 19(6): 301-309. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000600004&lng=es.

5.4 Atención en el hogar y cuidados paliativos

5.4.1 Atención en el hogar

Las actividades del personal de salud en los hospitales están orientadas siempre al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, enfermeras y médicos dedican la mayor parte de su tiempo a luchar contra la muerte.⁴ Para el proceso de muerte no hay tiempo ni espacio en los hospitales.

En el afán de salvar vidas y luchar contra la muerte, las necesidades de la persona que está agonizando quedan en segundo plano. ¿Quién habla en un hospital de acompañar al paciente y familiares en este proceso? Lo ideal sería que la muerte tenga su propio espacio y asistencia en los hospitales, principalmente para aquellas personas quienes se enfrentan a la imposibilidad de llevar a su paciente al hogar por no contar con las condiciones materiales y económicas, aunado muchas veces al desconocimiento técnico⁴ para atender las necesidades de una persona enferma en etapa terminal.

La calidad de muerte depende del marco en el que esta suceda, es decir, el tipo de asistencia recibida, el lugar, el apoyo familiar⁴ y la propia participación del paciente. El lugar en el que la persona pasa sus últimos momentos es determinante.

Los aspectos materiales y espirituales de una persona se integran en el hogar, este refleja la personalidad del paciente, aquí el paciente domina el entorno y la soledad inherente a la muerte se hace menos severa.⁴ En cambio, la hospitalización es la primera etapa de separación entre el enfermo y los suyos, donde la agonía se vuelve un proceso mecanizado, despersonalizado y a menudo deshumanizado. Todo se convierte en un círculo de circunstancias desfavorables para el personal sanitario, familiares y principalmente para el propio enfermo.

La atención en el hogar es una alternativa asistencial que se centra en el apoyo y cuidado del moribundo y su familia; permite a la persona morir sin sufrimiento añadido en su propio hogar, rodeado de sus seres queridos y siendo protagonista de su propia muerte.²⁴

Los cuidados terminales se basan en el concepto de cuidar más que en el de curar. Uno de los objetivos de los cuidados a un agonizante es procurarle una muerte digna. La dignidad se define como la capacidad de funcionar como una persona significativa e integrada, no obstante, en la mayoría de los casos el paciente en etapa terminal es dependiente de otros y pierde el control sobre sí mismo, asociándose con la pérdida de dignidad. La enfermera puede restaurar el sentimiento de control al proponer opciones al alcance del paciente, ayudándolo a establecer sus propias prioridades físicas, psicológicas y sociales.

5.4.2 Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son un modelo de atención integral, donde participa un equipo multidisciplinario conformado por la enfermera, médico, psicólogo-tanatólogo y trabajo social.²⁵ Estos se aplican gradualmente en mayor cantidad, en la medida que va avanzando la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico.²⁶

Su objetivo deja de ser el curar y se concentra en el cuidado total y activo del cuerpo, mente y espíritu del paciente agonizante, así como en brindar asistencia emocional a la familia. Se pueden implementar eficazmente aunque los recursos sean limitados y dispensarse desde centros especializados hasta en el propio hogar.²²

²⁴ KOZIER, Barbara. Enfermería fundamental conceptos, procesos y práctica. 4ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México DF 1993.

²⁵ Centro de Cuidados Paliativos de México. Disponible en:
http://www.cuidadospaliativos.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=30

²⁶ Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de cuidados paliativos. Disponible en:
<http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>

La terapéutica en pacientes terminales se basa en la atención integral, sin olvidar que la promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas.²⁷ El interés del cuidado enfermero en cuidados paliativos se centra en todas las dimensiones del enfermo como persona, entendiendo que esta tiene necesidades individuales, concretas y específicas, en continuo cambio y evolución. La participación enfermera en cuidados paliativos trata de planificar los cuidados desde la individualidad, continuidad, flexibilidad y accesibilidad.²⁷

La calidad de vida del paciente y familia mejoran con los cuidados paliativos, puesto que ofrecen un sistema de apoyo para ayudarlos a adaptarse durante la enfermedad y en el propio duelo.²²

5.5 Intervenciones de enfermería enfocadas al adulto mayor con cáncer

El deterioro físico propio de la edad en los adultos mayores, es aún más marcado cuando se añade a la situación el cáncer, razón por la cual, las intervenciones de enfermería se enfocan en la promoción del confort del enfermo y su familia.

Es imprescindible evaluar los objetivos terapéuticos en cada síntoma, en especial el dolor.

Las intervenciones se basaran en:

- Atención integral, teniendo en cuenta aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.

²⁷ Codorniu N., Bleda M., Albuquerque E., Guanter L., Adell J., García F. et al Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index Enferm [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Jun 30] ; 20(1-2): 71-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100015>.

- La familia es el núcleo de apoyo al enfermo. La familia también requiere atención.
- Descartar la actitud negativa del “no hay nada que hacer”.
- Crear un ambiente de respeto, confort y comunicación.
- Establecer una relación franca y honesta.

Las intervenciones que requieren mayor atención en un adulto mayor enfermo de cáncer hepático son:

- ✓ Toma de signos vitales.
- ✓ Control del dolor (terapia farmacológica y no farmacológica). Si el paciente dice que le duele, quiere decir que le duele. Prohibido usar placebos.
- ✓ Nutrir e hidratar al paciente. No se consideran como objetivos en sí mismos de la atención del enfermo con cáncer, puesto que la anorexia es un efecto secundario de la enfermedad así como de los medicamentos y no mejoran la condición de los enfermos agónicos.
- ✓ La hidratación puede mejorar con cantidades fraccionadas de líquidos y cuidados de la boca (recordando el principio del confort) eficazmente, más que con la hidratación oral o parenteral forzada.
- ✓ Tratamiento de síntomas respiratorios. Terapia farmacológica y no farmacológica (buena compañía, posición, oxigenoterapia, aspiración de secreciones, otros). Con el objetivo del confort.
- ✓ Control de la temperatura corporal.
- ✓ Cuidados a la piel. Para mantener su función de barrera.
- ✓ Comunicación con el paciente y familia (verbal y no verbal).
- ✓ Acompañamiento a paciente y familia.
- ✓ Baño de esponja o regadera.
- ✓ Evitar puntos de presión.
- ✓ Cambios posturales según lo permita la condición del paciente.
- ✓ Alivio de estreñimiento. La distensión abdominal puede disminuir la sensación de confort.

- ✓ Respetar creencias religiosas y sugerir apoyo de la misma.

Las intervenciones varían de paciente a paciente según su condición.

5.6 Acompañamiento en el proceso de muerte

El acompañamiento ha sido comprendido desde diversos enfoques, para este caso se concibe como la acción del profesional de enfermería de estar con alguien, es decir ser partícipe del estado emocional de una persona y su familia en el proceso de muerte.

En el proceso de acompañamiento se desarrollan diversas etapas que no necesariamente son lineales, debido a que depende del estado de la persona, ejemplo de ello es si está incapacitada para expresarse el personal de enfermería que le acompaña funge como intermediario para expresar sus deseos o auxiliarle para relajarse, brinda palabras de aliento o cercanía.^{28, 29}

Los pacientes oncológicos y sus familiares esperan tres cosas de las personas que los cuidan a medida que la muerte se acerca: disposición para escuchar, compañía hasta el desenlace y atención experimentada.²⁸

La mayoría de las personas tienen miedo a la muerte, lo que hace imprescindible el acompañamiento durante este proceso. El acompañamiento no significa solo estar cerca del paciente en agonía, sino escuchar atenta y eficazmente el lenguaje verbal

²⁸ MERCADO, Marta. Intervenciones Tanatológicas de Enfermería. HGM-ENEO. México, D.F. 2001.

²⁹ Gálvez González María, Fernández Luque Concepción, Muñumel Alameda Graciela, Ríos Gallego Francisca, Fernández Vargas Lourdes, Águila Hidalgo Belén del. Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos. Index Enferm [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Abr 19]; 20(4): 233-237. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300005&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300005>.

y no verbal que denotara sus necesidades, además de ser terapéutico por proporcionarle a la persona la sensación de ser lo suficientemente importante como para ser escuchado.³⁰ Los requerimientos de compañía son mutuos entre paciente y familia, así como la familia necesita la certeza de tener a alguien cercano que esté disponible en caso de necesitar un descanso.

Actualmente la tecnología, las limitaciones propias de un hospital y el aumento de los servicios de atención en el hogar por personal capacitado, han limitado de cierto modo la participación familiar en el cuidado directo de su paciente, siendo enfermería quien queda a cargo de varios aspectos del cuidado.²⁹ La familia debe de considerarse como elemento terapéutico e incluirse en la planificación de cuidados enfermeros,²⁷ puesto que la fatiga, el aburrimiento y el aislamiento mental disminuyen el umbral del dolor, mientras que la simpatía, las diversiones y la compañía de los familiares más cercanos, lo elevan.²⁶

El vivir y morir con cáncer con frecuencia representa aislamiento social, ya sea por temor, ignorancia o simplemente porque hay un mundo distinto para los sanos y para los enfermos.²⁶

5.7 Necesidades espirituales y religiosas de la persona enferma de cáncer en etapa IV

La cultura de la prevención no está muy arraigada a nuestras costumbres, razón por la cual existe una gran cantidad de personas que son diagnosticadas con Cáncer en la última etapa; situación que propicia la necesidad de encontrar en las creencias religiosas una esperanza y/o una respuesta a la incertidumbre que provoca el saberse cerca de la muerte.

³⁰ LORRAINE, Sherr. Agonía, muerte y duelo. 3ª edición. Editorial el manual moderno. México 1992.

Durante la práctica del día a día y con las distintas experiencias, muy poco del personal de salud ha identificado la necesidad de cuidar no solo el cuerpo, sino la dimensión espiritual y religiosa del ser humano, abriendo así permanentemente nuevas esperanzas para la humanidad, principalmente a los enfermos terminales.³¹

De no mirar a la persona en todas sus dimensiones, se corre el riesgo de parcializar al ser humano, de verlo como un objeto y, en definitiva de deshumanizarlo,²⁸ siendo esta, una de las quejas más frecuentes de los pacientes y sus familiares. Aunque en muchas de las instituciones sanitarias se pretende la asistencia integral, existe un gran abismo para lograr dicho objetivo, dado por distintas causas, principalmente por la formación del personal de salud.³²

La atención espiritual y religiosa resulta especialmente importante en los enfermos en etapa terminal, dado que ayuda al paciente a responderse las interrogantes que tantas veces produce angustia y un sufrimiento mayor que el dolor físico, facilitando la reconciliación consigo mismo, con sus semejantes y con Dios.³² Definitivamente el acompañamiento durante el último tramo de vida de estas personas, hace que esos momentos sean de paz y bienestar.

La OMS además de definir el concepto de salud, por su importancia también incorporó el término “espiritual” en un informe relativo a los enfermos de cáncer y los cuidados paliativos: refiriéndose a aquellos aspectos de la vida que se relacionan con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales.

La dimensión espiritual, es una dimensión de profundidad, atraviesa toda realidad de la persona de dentro hacia fuera, llenando la vida de luz y sentido. Las creencias

³¹ RAMON, Martín. Necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas. 2ª edición. Editorial PPC. Madrid 2011.

³² FIGUEIREDO. La espiritualidad en el espacio del cuidado: cuestiones objetivas en el marco de la subjetividad. Vol. 13, Num 1. Enero-Marzo 2016.

que toda persona tiene, muchas veces quedan en un nivel puramente mágico o ritual, y otras tantas son elaboradas razonablemente, sin embargo, en la asistencia a un enfermo terminal es importante estar atento a estos aspectos que sin dudarlo será en muchas ocasiones la llave para ayudar al paciente a afrontar su enfermedad.²⁸

La espiritualidad es todo lo que concierne al campo de los valores morales a lo largo de la vida de la persona, siendo este un aspecto que con frecuencia enfermería olvida,³² muy probablemente por no ser algo que pueda medirse o cuantificar, sin embargo, la práctica de los códigos deontológicos de los profesionales de la salud incorporan la necesidad de respetar y cuidar la dimensión espiritual y religiosa de la persona enferma.

La dimensión religiosa exige una opción de la persona por un Dios concreto, por una religión determinada y que ofrece a los creyentes su escala de valores, así como las respuestas a las grandes interrogantes de la existencia, aun cuando en ocasiones sea dentro del misterio que también forma parte de ella.

La religión, por tanto, está conectada plenamente con la vida espiritual de las personas. Pero la espiritualidad de la persona no exige la fe en un Dios.³²

VI. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1 Planteamiento del caso

Se trata de un adulto mayor de 66 años, sexo masculino que fue diagnosticado con cáncer hepático en el mes de diciembre de 2015, a raíz de que comenzó con dolor de estómago y falta de apetito, según refieren sus hijos posterior a la muerte de su esposa por cáncer en el riñón en el mes de junio del mismo año.

A mediados del mes de diciembre el señor J. decidió consultar al gastroenterólogo por dolor constante en estómago, falta de apetito y pérdida de peso. Este indicó análisis de sangre y tomografía. La tomografía reveló 9 masas tumorales en el hígado, los análisis de sangre también presentaron alteraciones.

A continuación se muestran los valores alterados de la biometría hemática, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático:

BIOMETRÍA HEMÁTICA.		
EXAMEN	RESULTADO	INTERVALO DE REFERENCIA
Eritrocitos	6.65	4.70- 6.20
Hemoglobina	21.2 g/dl	14.0-18.0
Hematocrito	64.2%	42.0-54.0
Volumen globular medio	96.6 Fl	80.0-96.0
Plaquetas	78	150-450

TIEMPO DE PROTROMBINA.		
EXAMEN	RESULTADO	INTERVALO DE REFERENCIA
Tiempo de protrombina	17.4 segundos	9.0-12.0

QUÍMICA SANGUINEA.		
EXAMEN	RESULTADO	INTERVALO DE REFERENCIA
Glucosa en suero	102 mg/dl	72-99 mg/dl
Nitrógeno ureico	7.3 mg/dl	8.0-20.0 mg/dl
Urea	15.6 mg/dl	17.1-42.8 mg/dl

PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO.		
EXAMEN	RESULTADO	INTERVALO DE REFERENCIA
Bilirrubina total	1.84 mg/dl	0.40-1.50 mg/dl
Bilirrubina directa	0.48 mg/dl	0.00-0.30 mg/dl
Aspartato aminotransferasa (TGO)	162 U/L	15-41 U/L
Fosfatasa alcalina	182 U/L	32-91 U/L
Gamaglutamil transpeptidasa	257 U/L	7-50 U/L
Deshidrogenasa láctica	482 U/L	98-192 U/L

Una vez obtenidos los resultados, el médico sugirió una biopsia únicamente para confirmar el diagnóstico de cáncer hepático, sin embargo, paciente y familiares se negaron a realizar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que deteriorara aún más su condición.

El señor J. se deterioró rápidamente desde su diagnóstico, cada día perdía más fuerza y apetito. Desde la muerte de su esposa, el hijo mayor se mudó a vivir con él, después de ser diagnosticado sus 3 hijos se turnaban para quedarse con él en casa y asistirlo en sus actividades/necesidades básicas. Fue el 31 de diciembre cuando ya no tuvo fuerza para levantarse, no comió ni bebió nada y el dolor era intenso, sus hijas consultaron con un médico por la condición de su padre, este les dijo era necesario contrataran el servicio de enfermería en el hogar. Ese mismo día contrataron el servicio de un médico y una enfermera, quienes se encargaron de la valoración, medicación y cuidado durante dos días.

El día 2 de enero de 2016 se recibió al paciente en el turno nocturno, a partir de ese día el cuidado del Sr. J estuvo a cargo del personal de enfermería y de los familiares, hasta el día 11 del mismo mes en que el paciente falleció.

6.2 Valoración de enfermería

Signos vitales:

FC: 105x'

FR: 12x'

TA: 110/70 mmhg

T: 38.5°C

Se recibe al paciente en su cama, somnoliento, mucosas orales deshidratadas, con acceso venoso periférico funcional en miembro torácico izquierdo y cianosis ungueal.

Presenta un hematoma en hemitorax derecho que se prolonga hasta el glúteo, el hígado se palpa aumentado de tamaño y con contornos irregulares.

A continuación se enlistan los medicamentos con los que se recibió al paciente y las intervenciones generales de enfermería específicas para el Sr. J.

Medicamentos y soluciones.

- Solución mixta 1000cc para 12hrs.
- Omeprazol 40mg IV cada 24hrs.
- Ondasetron + metoclopramida 10mg IV cada 12hrs.
- Tramadol 50mg IV PRN.
- Febrax (naproxeno+paracetamol) supositorios 1 PRN
- Ceftriaxona 1gr IV por 7 días.
- Parche transdérmico de buprenorfina cambio c/72hrs
- Ámpula de buprenorfina 0.3mg IV PRN
- Ketorolaco 30mg IV PRN
- Oxígeno 1 litro por minuto

Relación de Intervenciones generales de enfermería con base en los siguientes diagnósticos

- Toma de signos vitales.
- Ministración de medicamentos.
- Cuidados a venoclisis.
- Oxigenoterapia con puntas nasales.
- Control de temperatura con medios físicos.

- Aseo bucal.
- Cambio de posición.
- Baño de esponja.
- Hidratación de la piel.
- Cambio de sábanas.
- Cambio de ropa.
- Cambio de pañal.
- Elevación de miembros pélvicos.
- Masaje en pies y manos.
- Movilización suave de extremidades.
- Aromaterapia.
- Musicoterapia.
- Acompañamiento a paciente por familiares y enfermera.
- Acompañamiento a familiares.

6.3 Diagnósticos de enfermería

El plan de intervenciones será en función de los siguientes diagnósticos.

NECESIDAD ALTERADA.	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.
Descanso y sueño.	Deprivación del sueño, relacionado con molestias físicas prolongadas, manifestado por hipersensibilidad al dolor, malestar general ansiedad. (NANDA,2008: 686)
Nutrición e hidratación.	Alteración de la nutrición por defecto, relacionado con intolerancia alimentaria, náuseas y vómito, manifestado por falta de interés por la comida. (NANDA, 2008: 509)
Oxigenación.	Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con inhalación de humo, manifestado por cianosis ungueal, esputos abundantes y ruidos respiratorios (NANDA, 2008: 731)
Comunicación.	Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con debilitamiento del sistema neuromuscular, manifestado por dificultad para expresar pensamientos verbalmente. (NANDA, 2008: 165)
Higiene y protección de la piel.	Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con inmovilización física y estado nutricional desequilibrado (extrema delgadez),

	manifestado por alteración de la superficie de la piel. (NANDA, 2008: 408)
Movilidad y postura.	Trastorno de la movilidad física, relacionado con dolor y reducción de la fuerza, el control o la masa muscular, manifestado por capacidad limitada para realizar actividades motoras generales. (NANDA, 2008: 492)

6.4. Plan de intervenciones de enfermería

NECESIDAD: Descanso y sueño.

Deprivación del sueño, relacionado con molestias físicas prolongadas, manifestado por hipersensibilidad al dolor, malestar general ansiedad. (NANDA, 2008: 686)

OBJETIVO:

El paciente mejore su descanso disminuyendo lo más posible el dolor con apoyo de los familiares.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN.
Ministración estricta de terapia farmacológica analgésica (AINES, opioides y coadyuvantes).	Es preciso tener controlado el dolor, puesto que afecta negativamente las funciones corporales, causando trastornos del sueño, disminuye el apetito, limita las capacidades de actividad física y relaciones sociales.	Se ministró metamizol, ketorolaco y buprenorfina, consiguió dormir sin embargo el dolor era intenso al cambio de posición.
Utilizar terapias no farmacológicas para el control del dolor y	Las terapias alternativas generalmente tienen un riesgo bajo de	Fue notorio el cambio en el paciente, logro conciliar el sueño.

<p>modificar el ambiente de la habitación del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aromaterapia. -Musicoterapia. -Masoterapia. -Técnicas de relajación. -Atenuar las luces. -Disminuir el ruido al mínimo. 	<p>complicaciones, son de menor costo y benefician no solo al paciente, también a los familiares. En combinación con la terapia farmacológica potencian su eficacia.¹⁸</p>	<p>En los familiares disminuyo la tensión temporalmente por la situación.</p>
<p>Acompañamiento de la familia en la medida de lo posible.</p>	<p>La calidad de muerte de la persona deriva de su personalidad y estilo de vida, de la naturaleza de la enfermedad, el tipo de asistencia recibida en el proceso de muerte⁴ y principalmente en el apoyo y acompañamiento familiar.</p> <p>El ser humano por naturaleza es un ser social, que aunque se presenta como ser individual, forma parte de una familia/comunidad.</p>	<p>Siempre procuró llevar buenas relaciones con la familia y amigos, por lo cual en todo momento hubo alguien acompañándolo (además del personal de enfermería).</p> <p>Las personas que lo acompañaban le leían, platicaban, rezaban, hacían técnicas de relajación, apoyaron en todo momento a los cuidados brindados.</p>

NECESIDAD: Comunicación.

Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con debilitamiento del sistema neuromuscular, manifestado por dificultad para expresar pensamientos verbalmente. (NANDA, 2008: 165)

OBJETIVO:

Que el paciente no se sienta aislado por su incapacidad para hablar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN.
Estar pendiente de la comunicación no verbal. -Gestos -Sonidos -Movimientos corporales -Mirada -Expresión facial	El ser humano por naturaleza se comunica de forma verbal y no verbal. Generalmente las personas expresan más con el lenguaje corporal que con las palabras.	Se identificó en la expresión del paciente dolor, incomodidad y muy seguramente angustia y tristeza, puesto que en dos ocasiones se le escucho sollozar.
Incitar a la familia a dar palabras de aliento.	El acompañamiento a una persona enferma implica brindar palabras de aliento, contacto físico y ser intermediario cuando la comunicación verbal no es posible. ²⁹	Cuando se le notaba intranquilo o sollozando, sus hijos se recostaban con él y trataban de tranquilizarlo hablándole. Después de 10 a 15 minutos se quedaba dormido.

NECESIDAD: Higiene y protección de la piel.

Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con inmovilización física y estado nutricional desequilibrado (extrema delgadez), manifestado por alteración de la superficie de la piel. (NANDA, 2008: 408)

OBJETIVO:

Mantener la higiene e integridad de la piel.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN.
Baño de esponja.	Permite eliminar, células muertas, secreciones, sudor y polvo; favorece la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje, además de proporcionar comodidad y bienestar. ²⁴	El baño le provocaba mucho dolor por la movilización, por lo tanto se decidió realizar solo aseo parcial (genitales, axilas, boca y cara), con el fin de llevar al mínimo las molestias.
Hidratar la piel.	La hidratación de la piel ayuda a mantener la elasticidad y su función de barrera. ²⁴	Con el apoyo de los familiares se mantuvo hidratada la piel.
Evitar los puntos de presión en las prominencias óseas.	Las UPP se forman por la presión prolongada en las prominencias óseas, principalmente en pacientes muy delgados. ¹⁴	Se colocaron almohadas y donas para minimizar la presión.

<p>Procurar mantener secas las zonas de piel expuestas a la humedad.</p>	<p>La humedad provoca maceración de la piel y pérdida de la integridad de la misma.¹⁴</p>	<p>El cambio de pañal era constante para evitar la humedad en contacto con la piel.</p>
<p>Cambios de posición cada 2 horas.</p>	<p>El daño en la piel empieza después de dos horas de presión sobre una prominencia ósea.²⁴</p>	<p>Valorando la intensidad del dolor al mínimo movimiento, los cambios de postura se realizaron con un intervalo de tiempo mayor.</p>

NECESIDAD: Movilidad y postura

Trastorno de la movilidad física, relacionado con dolor y reducción de la fuerza, el control o la masa muscular, manifestado por capacidad limitada para realizar actividades motoras generales. (NANDA, 2008: 492)

OBJETIVO:

Movilizar al paciente lo más posible para detener el avance de las UPP.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN.
Control del dolor.	Es preciso tener controlado el dolor, puesto que afecta negativamente las funciones corporales, causando trastornos del sueño, disminuye el apetito, limita las capacidades de actividad física y relaciones sociales. ²¹	Se administraron los analgésicos, sin embargo el paciente presentaba dolor cuando se le movilizaba.
Cambios posturales.	Es fundamental mantener un buen alineamiento corporal en todas las posiciones, y realizar flexión de la cadera y rodillas que son especialmente vulnerables a contractura	Los cambios posturales no eran cada dos horas, se daba un intervalo de tiempo mayor por el dolor.

<p>Los familiares junto con la enfermera realicen ejercicios pasivos de movilidad articular.</p>	<p>por flexión. Los pacientes inmovilizados o que son incapaces de moverse resultan muy vulnerables al deterioro del aparato locomotor.¹⁹</p> <p>Los ejercicios pasivos de movilidad articular no son muy útiles para mantener la flexibilidad de las articulaciones. Por tanto, este tipo de ejercicios debe reservarse únicamente para aquellos pacientes que no pueden participar activamente en los ejercicios.²⁴</p>	<p>Se realizaron los ejercicios con suavidad en colaboración con la familia.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

NECESIDAD: Nutrición e hidratación

Alteración de la nutrición por defecto, relacionado con intolerancia alimentaria, náuseas y vómito, manifestado por falta de interés por la comida. (NANDA, 2008: 509)

OBJETIVO:

Intentar cubrir la necesidad de nutrición e hidratación, ya que el paciente no puede cubrirla por sí solo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN.
Hidratar la piel.	La hidratación de la piel ayuda a mantener la elasticidad y su función de barrera. ²⁴	Con el apoyo de los familiares se mantuvo hidratada la piel.
Mantener los labios humectados y húmedos con gasa mojada.	La sequedad de la boca es uno de los síntomas de los pacientes con cáncer. No está relacionado con el grado de hidratación del paciente terminal, por lo que no mejora con la administración de líquidos. ⁴	Si bien no se logró eliminar la resequead de la boca, si se disminuyó en gran medida la molestia que esta provoca.
Intentar que ingiera alimentos de su preferencia.	Los estímulos externos como los olores, sabores	Su hija le preparó alimentos de su agrado (consistencia liquida y

<p>Administrar Solución mixta.</p> <p>Respetar la decisión de la familia de no hacer uso de otras alternativas para alimentarlo, y no prolongar su agonía.</p>	<p>y aspecto desencadenan la sensación de hambre.¹⁹</p> <p>Está indicada cuando el estado hidroelectrolítico y los requerimientos calóricos y electrolíticos ameriten su uso.¹⁹</p> <p>En los pacientes con enfermedad en etapa terminal, el profesional debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles y obstinadas.</p>	<p>pastosa), intentamos los ingerir, sin embargo, no los acepto.</p> <p>La administración de solución mixta fue la opción para cubrir su necesidad de nutrición e hidratación.</p> <p>Los hijos del paciente aceptaron se intentara alimentar por vía oral debido a se le escuchaban ruidos abdominales. Sin embargo al ver el fracaso y al exponerle otras opciones para alimentarlo, se negaron, puesto que era prolongar su agonía y aumentar el dolor por los procedimientos.</p> <p>Se respetó la decisión de la familia.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NECESIDAD: Oxigenación.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con inhalación de humo, manifestado por cianosis ungueal, esputos abundantes y ruidos respiratorios (NANDA, 2008: 731)

OBJETIVO:

Mejorar la oxigenación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA.	EVALUACIÓN.
Posición semifowler.	Permite la expansión del tórax, la ventilación de los segmentos pulmonares, la movilización y la expectoración de las secreciones para mantener limpias las vías respiratorias. ²⁴	Mejoro notablemente la oxigenación.
Hacer nebulizaciones.	Facilita la licuefacción y la eliminación de las secreciones. ¹⁹	Mejoró la consistencia de las secreciones y facilitó su aspiración.
Oxigenoterapia con puntas nasales.	El objetivo de la oxigenoterapia consiste en mantener el nivel de oxigenación adecuados a	Disminuyo momentáneamente la cianosis.

Drenaje postural.	<p>fin de evitar la hipoxia tisular.²⁴</p> <p>El drenaje postural permite la salida por gravedad de las secreciones retenidas en los segmentos pulmonares hacia los bronquios y la tráquea, de tal forma que pueden ser expectorados o aspirados.²⁴</p>	<p>Los cambios de posición eran realmente difícil por el intenso dolor, sin embargo, se logró la movilización de las secreciones con las nebulizaciones y los cambios de postura.</p>
Aspiración de secreciones	<p>La aspiración de secreciones está indicada en pacientes que son incapaces de toser, incapaces de tragar y que presentan un sonido respiratorio de burbujeo, que indica la acumulación de secreciones.²⁴</p>	<p>Dejaron de escucharse los ruidos respiratorios y mejoró el descanso del paciente.</p>

Percusión.	La percusión sobre áreas pulmonares congestionadas puede desplazar secreciones espesas de las paredes bronquiales. ²⁴	No se realizó la percusión para evitar molestias por dolor.
------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

VII. Evaluación del caso

A continuación se presenta una línea del tiempo desde el día 3 de Enero, donde se incluyen las intervenciones de enfermería más relevantes, así como datos importantes de la condición de salud del Sr. J.

Se hace referencia a las intervenciones como relevantes, puesto que hubo algunos aspectos que por su importancia modificaron las intervenciones planeadas.

Intervenciones de enfermería en el hogar, más relevantes de acuerdo a la línea del tiempo.

FECHA	Actividades de enfermería
3 de Enero de 2016	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="634 970 1386 1220">➤ Por la mañana se realizó baño de esponja al señor J y por la tarde tuvo la fuerza y el ánimo de levantarse a caminar con ayuda para sostenerse en pie, además de haber platicado con los familiares y amigos que lo visitaron.<li data-bbox="634 1262 1386 1461">➤ Durante y después del baño fue notorio el aumento del dolor por la movilización, por lo que fue necesario aplicarle una ampula de Tramadol IV.<li data-bbox="634 1503 1386 1753">➤ Por la noche estuvo muy intranquilo por el dolor, por lo tanto cuando lograba quedarse dormido profundamente no se realizaban los cambios posturales (por decisión propia y de los familiares).<li data-bbox="634 1795 959 1835">➤ El Sr. J. no evacua.

<p>5 de Enero de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ A pesar de la analgesia presentaba mucho dolor al movilizarlo, por lo tanto decidí prolongar el tiempo entre cada cambio postural y no hacerlo cada dos horas como indica la bibliografía. A raíz de esto, inicia la coloración de las zonas de presión, especialmente en la región sacra.➤ Lleva dos días sin evacuar. Se le hace la observación al médico.➤ Recibió la visita del sacerdote, por iniciativa de la familia.➤ Se aplica Ketorolaco 30mg IV.
<p>6 de Enero de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ Durante el día estuvo con temperatura entre 37.3°c y 37.8°c, se controló solo con medios físicos; por la noche la temperatura seguía variando por lo que por indicación médica se administró metamizol 1gr IV c/8hrs. Sin embargo, desde ese día en adelante su temperatura se mantuvo entre 37.8°c y 38°c, aun usando medios físicos y antipiréticos.➤ En el transcurso de la noche se le comenzó a escuchar al Sr. J la acumulación de secreciones en las vías aéreas. Al no ser capaz de expulsarlas, se improvisó un aspirador de secreciones con una

<p>7 de Enero de 2016</p>	<p>jeringa y la guía del equipo de venopack. Al notar la necesidad, se sugirió a la familia la posibilidad de la renta de un aspirador de secreciones, ellos aceptaron y al amanecer se contrató el servicio de renta del aspirador.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Continúa sin evacuar. ➤ La familia consulto con un médico familiar por la acumulación de secreciones del Sr. J, por lo que añadió y cambio algunas indicaciones: solución glucosada 5% o Hartman de 500cc p/24hrs, ceftriaxona 1gr c/12hrs, nebulizaciones c/8hrs de combivent con 3cc de solución salina y metamizol 1gr IV PRN.➤ Continúa sin evacuar.➤ Se aplica media ampula de buprenorfina 0.3mg por aumento de dolor.
<p>8 de Enero de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ Durante el día el Sr. J vomitó posterior a aspiración de secreciones, aproximadamente 30ml de color verdoso.➤ No miccionó durante el día ni la noche.➤ Durante la noche no se movilizó, nebulizó ni aspiro por decisión de una de las hijas del

10 de Enero de 2016

paciente, debido a que se quedó dormido profundamente.

- Se aplica media ampula de buprenorfina 0.3mg.
- Recibió la visita del sacerdote.
- Continúa sin evacuar.
- No se realiza ninguna intervención para aliviar el estreñimiento ya que la eliminación dejó de ser prioridad.

- Durante la mañana el Sr. J presento dolor muy intenso, se consultó con el médico e indicó aplicar una ampula de buprenorfina 0.3mg IV, mientras llegaba al domicilio para valorarlo.

Al valorar al paciente, el médico indicó: solución salina al 0.9% de 1000cc + 2 ampulas de buprenorfina 0.3mg p/24hrs, en caso de continuar con el dolor pasar media ampula de buprenorfina 0.3mg IV y suspendió el ondasetrón y metamizol.

Posterior a la valoración, informó a la familia que solo era cuestión de horas para que su papá descansara. Les explicó que iba a ir perdiendo los signos vitales poco a poco y que debían estar preparados para ese momento.

- Por la tarde el Sr. J. presento una evacuación de cantidad abundante.

	<ul style="list-style-type: none">➤ La tensión aumentó en los hijos por el informe recibido y porque el dolor se había intensificado y no querían que su padre muriera con dolor como había ocurrido con su madre, por lo tanto enfermería intento dar tranquilidad a los familiares.➤ Desde que inició el turno nocturno, se tomaron constantemente los signos vitales. <p>Aproximadamente a las 11pm los 3 hijos del paciente salieron un momento de la habitación para tomar sus alimentos. Minutos después, al tomar los signos vitales se detectó la TA y la FC muy débiles, por lo que se informó y sugirió a la familia regresaran a acompañar a su papá.</p> <p>El señor J. pasó los últimos momentos con sus hijos.</p> <p>Abrió los ojos para despedirse, ellos se despidieron y expresaron el amor y agradecimiento que le tenían.</p> <p>Procuraron estar serenos para darle tranquilidad a su padre en el momento de su partida.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Como se muestra en la línea del tiempo anterior, se hicieron algunas modificaciones a las intervenciones, de acuerdo a la situación del paciente, dejando un poco de lado lo establecido por diversos autores como correcto o adecuado.

El no realizar los cambios posturales durante el tiempo en que el Sr. J. lograba conciliar el sueño profundamente, provocó se iniciara la formación de UPP en primer grado; situación que fue razón de conflicto ético profesional, puesto que es modificar lo que científicamente está comprobado, por procurarle al paciente más ratos de descanso y por lo tanto menos dolor.

Cuando el Sr. J. fue diagnosticado, la familia cursaba el duelo por la pérdida de la Sra. M., esposa del paciente, sin embargo, los 3 hijos del Sr. se mostraron fuertes ante su padre, aun en los últimos días, ellos bromeaban y reían para que el no percibiera su tristeza y angustia.

A pesar de no aceptar la inevitable muerte de su padre, nunca le hicieron comentarios que pudieran retrasar su partida.

El señor J. comentó a sus hijos que estaba tranquilo y en paz con Dios, por lo que no requería de la visita de un sacerdote. Sin embargo, cuando su padre había perdido ya la fuerza y voluntad, consideraron prudente llamar al sacerdote.

La angustia que tenían los familiares, era que el señor J. no muriera con dolor como había sucedido con su madre 6 meses atrás. Los hijos mencionaban era como un cargo de conciencia el que su madre aun estando en un hospital, haya sufrido mucho por el dolor y que ellos por su desconocimiento sobre las alternativas para tratar el dolor oncológico no pudieron minimizarlo. Por lo cual, trataron de darle la mejor atención a su padre en la intimidad de su hogar, consiguiendo cada analgésico indicado, buscando terapias alternativas y estando muy pendiente de cada gesto o cada quejo de dolor.

Después de la partida del Sr. J. los hijos mencionaron sentirse tranquilos, ya que le procuraron el mayor bienestar posible. También señalaron sentirse agradecidos por haber podido estar los 3 hijos acompañando a su padre en los últimos momentos.

VIII.PROPUUESTAS

Durante su formación, el estudiante de la Licenciatura en Enfermería recibe un panorama general de las diversas teorías en enfermería, sin embargo, la teórica en la que enfocan su atención es Virginia Henderson. Razón por la cual se sugiere brindar bases más sólidas de cada teoría de enfermería que nos permitan la consolidación de este conocimiento, para aplicarlo según las necesidades de cada paciente, y así en la práctica brindar una atención más completa.

Considero importante la necesidad de formar profesionales de enfermería conscientes de la importancia de brindar calidad de vida al paciente agónico, procurando mantener su identidad ya sea dentro de un hospital o en la intimidad de su hogar, dado que generalmente dirigimos nuestros cuidados al objetivo de curar y no al cuidar para una muerte digna.

Derivado de la experiencia con el señor J, sugiero se proporcionen las herramientas suficientes al futuro Licenciado en Enfermería para tomar la mejor decisión cuando la situación lo colóque en la línea divisoria entre los valores personales y la ética profesional.

a) Plan de cuidados a la familia del señor J.

Como se ha venido mencionando, desde junio de 2015 el Sr. J y sus hijos cursaban el duelo por la muerte del pilar de la familia, la señora X (esposa del señor J), quien murió de cáncer en los riñones.

Platicando con los hijos del paciente, detectamos que varios de sus familiares por parte de ambos padres han fallecido a causa del cáncer. Por tanto considero es necesario la elaboración de un plan de cuidados para la familia dirigido principalmente al manejo adecuado del doble duelo y la prevención de enfermedades crónicas como el cáncer.

PLAN DE INTERVENCIONES A LA FAMILIA.

Diagnóstico de enfermería:

Duelo disfuncional, relacionado con inestabilidad emocional, manifestado por fatiga, nostalgia, reducción del sentimiento de bienestar, verbalización de sentimientos de vacío y evitación del duelo. (NANDA, 2008: 305)

Objetivo:

- La familia resuelva de forma satisfactoria el duelo disfuncional.

Intervenciones:

- Fomentar el apoyo familiar.
- Fomentar el acompañamiento familiar.
- Apoyo emocional a la familia para facilitar la expresión del duelo.
- Promoción de la integridad familiar.
- Promoción de la resiliencia ayudando a fortalecer los factores protectores y usarlos para afrontar los factores causantes de la tensión.
- Sugerir lecturas o películas referentes al tema, que les permitan tener otra perspectiva de la enfermedad en fase terminal y del modo de afrontamiento.

a) Libro: Bajo la misma estrella. Autor: Jhon Green

b) Película: Ahora o nunca. Escritor: Justin Zackham

- Sugerir la visita a un Tanatólogo.

CONCLUSIONES DE ENFERMERÍA

Como se abordó desde un inicio este proceso atención de enfermería no fue encaminado a la recuperación o rehabilitación del enfermo sino a ayudar al bien morir del Señor J.

Retomando los objetivos planteados al inicio de este proceso, podemos decir que se cumplieron parcialmente, por lo que como resultado a nuestras intervenciones de enfermería concluimos lo siguiente:

Necesidad de descanso y sueño.

Si bien el problema de la alteración de esta necesidad fue el dolor intenso que se presentaba constantemente, por momentos logramos controlarlo casi en su totalidad con ayuda de analgésicos, no obstante lo que permitió cumplir el objetivo fue la motivación que enfermería le brindó a los familiares para utilizar otras terapias alternativas como aromaterapia, musicoterapia, lectura y acompañamiento, que no solo favoreció al paciente sino también a sus cuidadores.

Necesidad de nutrición e hidratación.

Debido a la preocupación que sus familiares presentaban ante la disminución de apetito del Señor J, enfermería sugirió algunas recomendaciones como preparar platillos de fácil deglución (consistencia líquida y pastosa) y de acuerdo a los gustos del paciente, sin embargo no fue suficiente para que el Señor J se motivara a consumirlos al no haber otra opción se canalizó con solución mixta para tratar de cubrir esta necesidad y respetar la decisión de no prolongar su agonía. En cuanto a la hidratación cutánea se logró con la aplicación de productos cosméticos.

Necesidad de oxigenación:

El Señor J debido a su escasa movilidad presento acumulación de secreciones y por consecuente disminución en su oxigenación por lo que aunado a la fibrosis pulmonar presentaba cianosis ungueal, se ministro oxígeno suplementario, drenaje postural, nebulizaciones, aspiración gentil de secreciones, posición semifowler para favorecer la entrada de aire, todas estas acciones en conjunto permitieron una mejoría en la oxigenación y expectoración de las secreciones y sobre todo la tranquilidad de nuestro paciente.

Necesidad de comunicación.

El señor J presento deterioro paulatino en el habla por lo que fue cada vez más complicado comunicarse con él, esto provocaba angustia familiar, por lo que se motivó a los familiares a ser más observadores en cuanto a los gestos, sonidos guturales, mirada, entre otras señales que emanaba el señor J para comunicarse, con estas medidas se logró identificar inquietud, dolor, angustia, tristeza y confort. Así también se fomentó palabras de consolación hacia el paciente y la visita del representante de sus creencias religiosas.

Necesidad de higiene y protección de la piel.

Como ya se ha mencionado constantemente la movilidad del señor J, le causa molestia, por lo que el baño se dio de manera parcial, y los cambios de postura se modificaron en intervalos mayores de tiempo, se mantuvo seca la piel e hidratada así como la colocación de almohadillas para evitar los puntos de presión por lo que se logró evitar que las UPP se complicaran.

Necesidad de movilidad y postura.-

En esta necesidad se retoman intervenciones anteriores como la aplicación de analgésicos, cambios posturales en intervalos mayores de tiempo, también se realizó ejercicios suaves permitiendo la interacción familiar.

Finalmente podemos decir que si bien las intervenciones de enfermería no fueron para la recuperación del paciente, nos deja una gran satisfacción de aumentar el bienestar y confort del paciente así como la sana interacción con su familia en sus últimos días de vida.

“Después de la partida del Sr. J. los hijos mencionaron sentirse tranquilos ya que le procuraron el mayor bienestar posible”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gutiérrez-Delgado C, Reynoso-Noverón N, Hernández-Ávila M, Mohar-Betancourt A. Perfil epidemiológico de los cánceres en población adulta mexicana, periodo 2000-2010 [documento en revisión]
- José Luna, Cáncer de hígado entre las primeras 20 causas de mortalidad en México, Organización Editorial Mexicana, El sol de México, 20 marzo 2012.
- MARRINER, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 2ª ed. Mosby/Doyma libros. Madrid, 1999.
- ESTAPE, Jordi. DOMENECH, María. Enfermería y cáncer. 3ª ed. Ediciones Doyma. Barcelona 1992
- RODRÍGUEZ, Bertha. Proceso enfermero. 4ª ed. Ediciones Cuellar. México 2006.
- GORDON, Marjory. Diagnostico enfermero proceso y aplicación. 3ª ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1996.
- MARRINER, Ann. El proceso de atención de enfermería un enfoque científico. 2ª ed. Editorial el Manual Moderno. México, DF 1983.
- CARPENITO, Lynda. Diagnósticos de enfermería, aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Mc Graw Hill. Aravaca 2002.
- MARRINER, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Editorial Elsevier. España 2007.
- Restrepo M Sandra Lucia, Morales G Rosa María, Ramírez G Martha Cecilia, López L Maria Victoria, Varela L Luz Estela. NUTRITIONAL HABITS IN SENIOR ADULTS AND ITS RELATIONSHIP WITH PROTECTIVE OR DETERIORATING EFFECTS IN HEALTH. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2006 Dic [citado 2016 Feb 29]; 33(3): 500-510.

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006>.

- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida: informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2005, disponible en [<http://www.who.int/ageing/es/>]
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Los Adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico, 2005, consultada en febrero 8 de 2016. Disponible en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- STANLEY, Mickey. Enfermería Geriátrica. 3ª edición. Editorial Mc Graw Hill. México 2005.
- BURKE, Mary. Enfermería Gerontologica, cuidados integrales del adulto mayor. 2ª edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid 2008.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida: datos y cifras 2016, disponible en http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/index4.html
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 Datos sobre el cáncer. Febrero 2014, disponible en <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa: datos y cifras. Febrero 2015, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- WEISS, Geoffrey. Oncología clínica. 1ª edición. Editorial el Manual Moderno. México DF 1993.
- Diccionario de Medicina Oceano Mosby. 4ª edición. Grupo editorial Oceano. España.

- Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)* [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2016 Mar 18]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
- Definiciones y clasificaciones del dolor. *Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile* 1994; 23: 148-151. Disponible en [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/3_2.html]
- Tornero C., Herrera J., Molà O., Galván J.. Buprenorfina transdérmica (Feliben®): Nueva opción terapéutica para pacientes con dolor moderado y severo. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Mar 30]; 19(6): 301-309. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000600004&lng=es.
- KOZIER, Barbara. *Enfermería fundamental conceptos, procesos y práctica*. 4ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México DF 1993.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cáncer: cuidados paliativos*, 2016, disponible en <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Centro de Cuidados Paliativos de México. Disponible en: http://www.cuidadospaliativos.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=30
- Sociedad Española de Cuidados PaliativoS (SECPAL). *Guía de cuidados paliativos*. Disponible en: <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>
- Codorniu N., Bleda M., Albuquerque E., Guanter L., Adell J., García F. et al *Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos*. *Index Enferm* [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Jun 30]; 20(1-2): 71-75. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100015>.

- MERCADO, Marta. Intervenciones Tanatológicas de Enfermería. HGM-ENEO. México, D.F. 2001.
- Gálvez González María, Fernández Luque Concepción, Muñumel Alameda Graciela, Ríos Gallego Francisca, Fernández Vargas Lourdes, Águila Hidalgo Belén del. Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2011 Dic [citado 2016 Abr 19]; 20(4): 233-237. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300005>.
- LORRAINE, Sherr. *Agonía, muerte y duelo*. 3ª edición. Editorial el manual moderno. México 1992.
- RAMON, Martín. *Necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas*. 2º edición. Editorial PPC. Madrid 2011.
- FIGUEIREDO. *La espiritualidad en el espacio del cuidado: cuestiones objetivas en el marco de la subjetividad*. Vol. 13, Num 1. Enero-Marzo 2016.

ANEXO 1.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por medio de este documento solicito su autorización para tomar el caso de su paciente el señor J como base para elaborar un Proceso Atención de Enfermería, resultado (como producto) de la experiencia asistencial en el hogar, que permita a la pasante de la licenciatura en Enfermería, Ana Celia Pomposo Fuentes presentarlo para su titulación. Dicho Proceso Atención de Enfermería es conducido por la Dra. Araceli Jiménez Mendoza, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Si otorgan su autorización, se les pedirán algunos datos personales del señor J, así como responder algunas preguntas con respecto a su enfermedad, la información proporcionada quedará registrada en un instrumento de valoración, el cual se le mostrara si así lo desea garantizándole que el uso de esos recursos es únicamente con carácter escolar y confidencial, presentándose en el momento de la exposición del examen profesional de la pasante.

Si tienen alguna duda sobre este trabajo pueden hacer preguntas en cualquier momento, de igual manera si alguna pregunta les parece incómoda, tienen el derecho de hacerlo saber y/o no responderlas.

La participación en este proceso atención de enfermería es voluntaria lo que significa que ustedes son totalmente libres de ingresar o no. Podrá retirar su

consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones sin que esto signifique una disminución en la calidad de la atención que se le provea.

Como beneficio a su colaboración se les ofrece, al término del proceso atención de enfermería, entregarles un plan de cuidados para la familia que contribuya al mantenimiento de su salud de acuerdo a la evaluación del mismo.

Agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en este proceso atención de enfermería. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuere de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma de la persona que
entrevista.

Fecha y hora.

ANEXO 2.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN LA ADULTEZ

Ficha de identificación

Nombre: J.A.S.E. Edad: 66 años Sexo: Masculino

Escolaridad: Licenciatura Estado civil: Viudo

1. Necesidad de oxigenación

¿Padece algún problema relacionado con su respiración? Si ¿Cuál? Fibrosis Pulmonar

¿Usted fuma? No ¿Desde hace cuánto tiempo? NA

¿Qué cantidad de cigarrillo fuma al día? NA ¿Cómo influye su estado emocional el acto de fumar? NA

¿Considera usted que en lugar donde vive, estudia o trabaja puede afectar su oxigenación? Si ¿En qué forma? En su casa de fin de semana cocinan con leña

¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? NA

2. Necesidad de nutrición e hidratación

¿Qué alimentos consume regularmente? Antes de enfermarse comía muy sanamente, verduras todos los días, carnes rojas rara vez y en poca cantidad, pollo y mariscos de vez en cuando, frutas siempre, agua simple o de sabor. Dejo de comer hace 1 día.

¿Cuántas veces se alimenta al día? 3 ¿Qué alimentos prefiere? No tiene preferencia

¿Qué alimentos le desagradan? ninguno

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? Ninguno, pero por la gravedad de la enfermedad dejo de comer.

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos? No

¿Cuáles? NA

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? No ¿Cuáles? NA

¿Influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? No

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? Si

¿Conoce el valor nutritivo de sus alimentos? Solo de algunos

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? No ¿Cuáles? NA

3. Necesidad de eliminación

¿Cuántas veces evacua al día? 2 a 3 veces

¿Qué características tienen sus heces? Son blandas de color café

¿Cuántas veces micciona al día? 5 a 6 veces

¿Qué características tiene su orina? Amarillo claro

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? No

¿Cuáles? NA

¿Padece de algún problema relacionado con la evacuación o la micción? No

¿Cuáles? NA

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su eliminación intestinal? No interviene para nada.

4. Necesidad de movilidad y postura

¿Cómo es su actividad física cotidiana? Le cuesta mucho trabajo moverse por sí solo en la cama.

¿Realiza ejercicio? No ¿Qué tipo de ejercicio? NA

¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio? NA

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? NA

¿Padece algún problema relacionado con la movilidad y postura? Si

¿Cuáles? Ha perdido movilidad por lo avanzado del cáncer

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? No ¿De qué tipo?
NA

¿Cómo influye su estado de ánimo para la realización de ejercicio? NA

5. Necesidad de descanso y sueño

¿Cuántas horas duerme? De 6 a 8 horas distribuidas en la noche y el día

¿Se duerme fácilmente? No ¿Cree tener alteración del sueño? Si

¿A que considera que se deban estas alteraciones? Al dolor por el cáncer

¿Ronca ruidosamente? Pocas veces

¿Usted cree que el roncar es un problema de salud? No

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? Las preocupaciones le quitan el sueño.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

¿Necesita ayuda para vestir o desvestirse? Si ¿En qué medida? Totalmente

¿Elije su vestuario en forma independiente? No

¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prendas de vestir? NA

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? NA

7. Necesidad de termorregulación

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? NA

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted vive, estudia o trabaja?
Es cálido el ambiente de estos lugares

¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? Se le abriga o quitan prendas de acuerdo a la temperatura del ambiente.

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? Si

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

¿Con que frecuencia se realiza el baño? A diario

¿A qué hora del día prefiere bañarse? En la mañana

¿Cuántas veces se lava los dientes? 1 vez al día

¿En qué casos se lava las manos? Durante el baño

¿Con que frecuencia se realiza el corte de uñas? Cada semana

¿Qué aspecto de la higiene considera más importante? El baño

¿Qué significa para usted la higiene? Presentación personal

9. Necesidad de evitar peligros

¿Cuenta con esquema completo de vacunación? Si

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en la salud? NA

¿Tiene vida sexual activa? No ¿Qué preferencia sexual tiene? Heterosexual

¿Ha padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual? NA

¿Cuál? NA

¿Toma bebidas alcohólicas? Tomaba con anterioridad

¿Desde cuándo y con qué frecuencia? En reuniones

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? NA

¿Consume drogas? NA

¿Qué opinión tiene sobre el consumo de drogas? NA

¿Ha tomado fármacos o remedios sin prescripción médica? Si

¿Durante este año ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? Si

¿Cuál? Falta de movilidad

¿En el lugar donde vive, estudia, trabaja existen peligros que le pudieran provocar daños a la salud? Si ¿Cómo cuáles? Escaleras

¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? NA

¿Qué medidas conoce para evitar accidentes? NA

¿Cómo maneja una situación de estrés? NA

10. Necesidad de comunicarse

¿Con quién vive? con su hijo, sus hijas se turnan para quedarse con él y cuidarlo

¿Cómo se relaciona con sus familiares amigos y vecinos? Recibe visitas y si tiene fuerza platica aunque con dificultad.

¿Pertenece algún grupo social? No

¿Durante cuánto tiempo esta solo? No lo dejan solo ¿Tiene pareja? No

¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? NA

¿Padece algún problema relacionado con la comunicación? Si, ha ido perdiendo la capacidad de hablar por el estadio del cáncer.

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? No

¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo, que limiten la comunicación con los demás? NA

11. Necesidad de creencias y valores

¿Tiene alguna creencia religiosa? Si ¿Cuál? Catolicismo

¿Con que frecuencia asiste a su centro religioso? NA

¿Tiene algún problema que limite o impide asistir a su centro religioso? Si

¿De qué tipo? Físico

¿Sus creencias religiosas le crean conflictos personales? NA

¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud? Si

¿Qué significa para usted un valor? NA

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? NA

¿Qué significa para usted la vida y la muerte? NA

12. Necesidad de trabajo y realización

¿Cuál es su rol familiar? El padre de familia

¿Estás satisfecho con el rol que desempeña? NA ¿Por qué? NA

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? Si

¿Cómo participa en las actividades propias de su hogar? NA

¿Realiza alguna actividad altruista? NA

¿Está satisfecho con su manera de actuar? NA

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? No

¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas? NA

¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? Ninguna

¿Con que frecuencia? NA

¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas? No

¿Por qué? Impedimento físico

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? NA

14. Necesidad de aprendizaje

¿Padece algún problema que interfiere en su aprendizaje? Si

¿Qué significado tiene para usted la escuela? NA

¿A qué tipo de escuela asiste? NA

¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en el último trimestre? NA

¿A qué cree que se deba ese rendimiento? NA

¿Cómo influye la relación que tiene usted con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? NA

¿Con que fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? Escuelas

¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? NA