



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TEMA

**APLICACIÓN DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL
MODELO HUMANISTA DE PATERSON Y ZDERAD PARA CUIDADOS
PALIATIVOS BRINDADOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL ÁREA DE
DIÁLISIS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN DE GUAYAQUIL.
ENERO-MAYO 2021**

AUTORES

ANDY STEEVEN LARA QUIROLA
JOSSELIN PAOLA VALVERDE GAIBOR

TUTORA

Lcda. Mery Rea Guamán Msc.

GUARANDA ECUADOR

2021

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación lo dedico principalmente a Dios por se mi luz y mi guía en mi camino profesional. En especial, a mi madre, que es un ejemplo de madre ideal, que su mayor sueño es que sus hijos sean unos buenos profesionales, por eso le dedico este proyecto de investigación en honor a ella; Mi madre que siempre estuvo ahí para brindarme su apoyo incondicional, gracias a eso, me motivaron a salir adelante a pesar de los obstáculos que se han presentado y no darme por vencido, luchar y esforzarme día a día.

A mi abuelita que la considero como mi segunda madre, que, con su amor, sus consejos, sus oraciones.

A mis hermanos, para que lo tomen como un ejemplo de esfuerzo y superación, que si nos trazamos metas y objetivos lograremos cumplirlas, mis hermanos que siempre están ahí en las buenas y malas juntos como una familia; pequeña pero llena de amor, llena de alegrías, tristeza, y sobre todo llena de Fe en Dios.

Andy Steeven Lara Quirola

Este logro está dedicado a Dios a mis padres a mis hermanos y en especial a mi hija y a todas y cada una de las personas que han confiado en mí y me han visto crecer en lo largo del tiempo, me han visto luchar y esforzarme por cada uno de mis sueños y lograr mis metas. Dios el ser celestial que gracias a su voluntad estoy en este mundo, mis padres los seres más maravillosos que la vida me ha podido dar pues son ellos quien siempre me han apoyado y han estado con migo en las buenas en las malas, mis hermanos a cada uno de ellos les dedico esta tesis porque para poder llegar al lugar en que cada uno estamos, necesitamos amigos , amigos de verdad que te animan a seguir adelante , mi hija, es el motor de mi vida, porque cuando estuve a punto de caer fue ella quien me animo a seguir en la lucha, y me enseñó que un tropiezo no es caída y si caíste pues debes aprender a levantarte.

Esta tesis es el reflejo de desveladas de lágrimas derramadas, pero sobre todo es el reflejo del esfuerzo y dedicación de 2 personas que anhelan cumplir un sueño.

Josselin Paola Valverde Gaibor

AGRADECIMIENTO

Agradezco con un infinito amor a Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida, gracias por darme lo primordial que es la salud, la perseverancia y la Fe, que con ello podemos lograr todo lo que nos propongamos.

A mi madre, que es padre y madre a la vez, que gracias a su esfuerzo que hizo y hace por dar a sus hijos lo primordial que es en la vida; la educación, Yo soy consiente de todo lo que ella ha luchado, todos los obstáculos que ella ha tenido que pasar para que este momento llegue a mi vida, gracias por confiar en mí, por sus consejos, por su gran apoyo emocional, y económico.

A mis hermanos, que siempre me apoyaron a la distancia, que se preocuparon por mí preguntándome, ¿Cómo estoy?, ¿Cómo me va en los estudios?, gracias por ese apoyo que sirve de mucho para no desfallecer en la meta que me he propuesto.

A la prestigiosa Universidad Estatal de Bolívar, por abrirme las puertas, y permitirme estar en sus aulas, gracias a todos los docentes, que formaron parte de mi formación académica, que me impartieron todos sus conocimientos, experiencias y fueron llenándome para lograr el objetivo de formar un profesional humanista.

A la licenciada Mery Rea, por ser mi docente tutora, que, gracias a sus conocimientos impartidos, hemos llegado a concluir este proyecto de investigación, el camino a sido largo y lleno de obstáculos, pero gracias a la paciencia que nos ha tenido hoy estamos aquí, para celebrar la ceremonia de Graduación.

Andy Steeven Lara Quirola

Agradezco a Dios por bendecir cada uno de los momentos a lo largo de mi existencia ser el apoyo emocional y espiritual en los momentos de dificultad y debilidad. Agradezco a mis padres Rómulo y Marianita por ser los promotores de mis sueños y anhelos por confiar y creer en mí, por cada uno de los consejos de los valores y principios que me han impartido y gracias a ellos ser la mujer que soy; mis hermanos Ibeth Ronal y Mateo, les agradezco por ser un pilar fundamental a lo largo de este camino llamado vida; mi hija Sarita, pues me faltaría palabras para expresar todo el amor que siento por ella y para disculparme por todo el tiempo que no he podido jugar abrazarle besarle, por cumplir un sueño de las dos, mi hija el motor principal de mi vida. Y como no agradecer a cada uno de mis mentores por haber compartido su conocimiento a lo largo de mi formación personal y profesional, por enseñarme que una verdadera enfermera es la que siente junto con el paciente, saber que una comunidad no es solo un grupo de personas sino es una familia a la cual debemos cuidar, pues son cosas que no se aprende en cualquier universidad; y en especial agradecer a mi licenciada Mery Rea tutora de nuestro trabajo de titulación quien ha guiado con su paciencia, empeño, dedicación y rectitud este trabajo, pues ha sido ella quien ha sacado lo mejor de cada uno de sus estudiantes. Mil gracias.

Josselin Paola Valverde Gaibor

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA



CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD Y
DEL SER HUMANO

Guaranda, 30 de Septiembre del 2021

CERTIFICADO DE LA TUTORA

El suscrito/a Lic. Mery Rea Guamán, tutora del proyecto de investigación como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la obtención del título de Licenciada/o en Ciencias de la enfermería como tema: **“APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO HUMANISTA DE PATERSON Y ZDERAD PARA CUIDADOS PALIATIVOS BRINDADOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL ÁREA DE DIALISIS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN DE GUAYAQUIL. ENERO - MAYO 2021”** Realizado por los estudiantes: ANDY STEEVEN LARA QUIROLA con CI: 172535452-4 y JOSSELIN PAOLA VALVERDE GAIBOR con CI: 020250066-6, han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la carrera de Enfermería, por lo que autorizo la presentación en las instancias respectivas para su evaluación y calificación.

Lic. Mery Rea Guamán

TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

DERECHOS DE AUTORIA NOTARIADA

YO JOSSELIN PAOLA VALVERDE GAIBOR CON CI 0202500666, Y ANDY STEEVEN LARA QUIROLA CON CI 1725354524, declaramos bajo juramento que el trabajo aquí descrito " APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA SEGÚN EL MODELO HUMANISTA DE PATERSON Y ZDERAT PARA CUIDADOS PALIATIVOS BRINDADOS A PACIENTES ONCOLOGICOS DEL AREA DE DIALIS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON DE GUAYAQUIL. ENERO MAYO 2021" es de nuestra autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional, y que las referencias bibliográficas que se incluyen han sido consultadas y detalladas con sus respectivos autores.

La UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO, puede hacer uso de los derechos de publicación correspondientes a este trabajo según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y por la normativa institución vigente.

Srta. Josselin Paola Valverde Gaibor

CI-0202500666

Sr. Andy Steeven Lara Quirola

CI- 1725354524

Activar Windows
Ve a Configuración para
activar Windows.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA	iv
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xv
ÍNDICE DE ANEXOS	xvii
TEMA.....	xviii
RESUMEN.....	xix
ABSTRACT.....	xx
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. EL PROBLEMA.....	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Justificación	8
1.4. Objetivos.....	10
1.5. Limitaciones.....	10
Capítulo II.....	11
2. Marco Teórico	11

2.1.	Antecedentes de la investigación	11
2.2.	Bases teóricas	18
2.2.1.	<i>Atención de enfermería</i>	18
2.2.2.	<i>Proceso de atención de enfermería</i>	18
2.2.3.	<i>Beneficios del Proceso de atención de enfermería en enfermería</i> .	20
2.2.4.	<i>Etapas para la elaboración de un proceso de atención de enfermería</i> 20	
2.2.5.	<i>Intervención de enfermería</i>	27
2.2.6.	<i>NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association)</i>	28
2.2.7.	<i>Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)</i>	30
2.2.8.	<i>Clasificación de Resultados de Enfermería NOC</i>	32
2.2.9.	Enfermería oncológica.....	32
2.2.10.	Competencias de los profesionales de enfermería oncológica	33
2.2.11.	<i>Pacientes oncológicos</i>	34
2.2.12.	<i>Enfermedad oncológica renal</i>	35
2.2.13.	<i>Pacientes oncológicos e insuficiencia renal</i>	37
2.2.14.	Tratamientos oncológicos y sus efectos secundarios	39
2.2.15.	<i>Sobrevida de los pacientes con cáncer</i>	46
2.2.16.	<i>Cuidados paliativos</i>	47
2.2.17.	<i>Preceptos que sustentan los cuidados paliativos</i>	49
2.2.18.	<i>Características de los cuidados paliativos</i>	50
2.2.19.	<i>Cuidados paliativos según la Organización Mundial de la Salud</i> . 51	

2.2.20.	<i>Cuidados paliativos según el Ministerio de Salud Pública</i>	52
2.2.20.1.	<i>Aspectos organizativos.</i>	52
2.2.20.2.	<i>Predicción de la supervivencia.</i>	53
2.2.20.3.	<i>Información, comunicación y toma de decisiones.</i>	53
2.2.20.4.	<i>Principios generales del control de síntomas.</i>	54
2.2.20.5.	<i>Tratamiento del dolor.</i>	54
2.2.20.6.	<i>Astenia, anorexia-caquexia.</i>	55
2.2.20.7.	<i>Deshidratación.</i>	56
2.2.20.8.	<i>Síntomas respiratorios: Disnea.</i>	56
2.2.20.9.	<i>Síntomas respiratorios: Tos.</i>	57
2.2.20.10.	<i>Síntomas respiratorios: Obstrucción de la vena superior.</i>	58
2.2.20.11.	<i>Síntomas psicológicos psiquiátricos: Delirium.</i>	58
2.2.20.12.	<i>Síntomas psicológicos psiquiátricos: Insomnio.</i>	59
2.2.20.13.	<i>Síntomas psicológicos psiquiátricos: Ansiedad.</i>	59
2.2.20.14.	<i>Síntomas psicológicos psiquiátricos: Depresión.</i>	60
2.2.20.15.	<i>Síntomas digestivos: Mucositis.</i>	61
2.2.20.16.	<i>Síntomas digestivos: Boca Seca (xerostomía).</i>	61
2.2.20.17.	<i>Síntomas digestivos: Candidiasis.</i>	62
2.2.20.18.	<i>Síntomas digestivos: Disfagia.</i>	62
2.2.20.19.	<i>Síntomas digestivos: Náuseas y vómitos.</i>	63
2.2.20.20.	<i>Síntomas digestivos: Estreñimiento.</i>	64

2.2.20.21.	<i>Síntomas digestivos: Diarrea.</i>	65
2.2.20.22.	<i>Síntomas digestivos: Obstrucción intestinal.</i>	65
2.2.20.23.	<i>Síntomas digestivos: Ascitis.</i>	66
2.2.20.24.	<i>Síntomas digestivos: Hipo.</i>	66
2.2.20.25.	<i>Cuidados de la piel: Prevención y tratamientos de las úlceras.</i>	66
2.2.20.26.	<i>Cuidados de la piel: Purito.</i>	67
2.2.20.27.	<i>Sistemas urinarios: Tenesmo vesical.</i>	67
2.2.20.28.	<i>Urgencias: Hipercalcemia.</i>	68
2.2.20.29.	<i>Urgencias: Compresión medular.</i>	68
2.2.20.30.	<i>Urgencias: Crisis convulsivas.</i>	69
2.2.20.31.	<i>Urgencias: Hemorragia.</i>	69
2.2.20.32.	<i>Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en la fase final de vida.</i>	70
2.2.20.33.	<i>Apoyo psicosocial a la familia.</i>	71
2.2.20.34.	<i>Atención en los últimos días.</i>	72
2.2.20.35.	<i>Sedación paliativa.</i>	73
2.2.20.36.	<i>Duelo.</i>	74
2.2.21.	<i>Rol de enfermería en los cuidados paliativos</i>	75
2.2.22.	<i>Cuidados paliativos a pacientes oncológicos</i>	78
2.2.22.1.	<i>Radioterapia paliativa</i>	80
2.2.23.	<i>Modelo de cuidado humanista de Paterson y Zderad</i>	80
2.2.23.1.	<i>Ser Humano.</i>	82

2.2.23.2.	<i>Enfermería.</i>	82
2.2.23.3.	<i>Ambiente.</i>	82
2.2.24.	<i>Modelo humanista de Paterson y Zderad en los cuidados paliativos</i>	82
2.2.24.1.	<i>Importancia del cuidado humanizado en el rol de enfermero</i>	83
2.2.24.2.	<i>Importancia de la empatía en el rol de enfermero</i>	84
2.2.24.3.	<i>Medida de la empatía</i>	86
2.2.25.	<i>Enfermería oncológica</i>	87
2.2.26.	<i>Competencias de los profesionales de enfermería oncológica</i>	88
2.2.27.	<i>Etapas finales de vida del paciente oncológico</i>	89
2.2.28.	<i>Psicología del paciente terminal</i>	90
2.2.29.	<i>Cuidados psicológicos paliativos al paciente terminal</i>	91
2.2.30.	<i>La tanatología y el buen morir</i>	93
2.2.31.	<i>Eutanasia</i>	94
2.1.	<i>Definición de términos</i>	97
2.2.	<i>Sistema de variables</i>	98
2.2.1.	<i>Variable dependiente</i>	98
2.2.2.	<i>Variable independiente</i>	98
2.2.3.	<i>Operacionalización de las variables</i>	99
Capítulo III		102
3.	<i>Marco metodológico</i>	102
3.1.	<i>Tipo y diseño de investigación</i>	102

3.2. Población y muestra.....	104
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	104
3.4. Recolección y análisis de resultados.....	105
3.4.1. <i>Análisis de resultados</i>	106
3.5. Desarrollo de la propuesta.....	133
Capítulo IV.....	222
4. RESULTADOS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS...	222
4.1. Resultados según objetivo 1.....	222
4.2. Resultados según objetivo 2.....	225
4.3. Resultados según objetivo 3.....	225
4.4. Resultados según objetivo 4.....	228
4.5. Comprobación de hipótesis.....	229
CAPÍTULO V	241
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	241
5.1. Conclusiones.....	241
5.2. Recomendaciones	243
Bibliografía	248

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Ejemplo de valoración de un paciente: enfoque en el dolor.....	22
Tabla 2 Nuevos diagnósticos de NANDA-I.....	29
Tabla 3 Efectos de la quimioterapia se presentan el siguiente cuadro	41
Tabla 4 Efectos secundarios de la radioterapia	42
Tabla 5 Variable dependiente; Cuidados paliativos	99
Tabla 6 Variable independiente; proceso de atención de enfermería	100
Tabla 1 Edad de los pacientes	106
Tabla 2 Sexo de los pacientes	106
Tabla 3 Estado civil de los pacientes	107
Tabla 4 Tipo de familia del paciente	107
Tabla 5 Cuidados brindados en el área	108
Tabla 6 Número de diálisis semanales.....	108
Tabla 9 Signos vitales, tensión arterial	109
Tabla 10 Capacidad y ruidos respiratorios.....	110
Tabla 11 Requerimientos de oxigenación.....	110
Tabla 12 Secreciones bronquiales	111
Tabla 13 Presencia de tabaquismo.....	112
Tabla 14 Índice de masa corporal.....	112
Tabla 15 Tipo de alimentación	113
Tabla 16 Apetito y dificultad de alimentación	114
Tabla 17 Ingesta de líquidos	114
Tabla 18 Sintomatología digestiva	115
Tabla 20 Características de las micciones.....	115

Tabla 21 Evacuación.....	116
Tabla 22 Medicación para la eliminación	116
Tabla 23 Necesidades de moverse y mantener una postura adecuada.....	117
Tabla 24 Dificultad para la movilización.....	118
Tabla 25 Debilidad corporal.....	118
Tabla 26 Cantidad de sueño diario	119
Tabla 27 Patrones de sueño	119
Tabla 29 Signos asociados	120
Tabla 30 Uso de pañal y sonda vesical	121
Tabla 31 Higiene	121
Tabla 32 Condición de paciente encamado.....	122
Tabla 33 Estado de conciencia	122
Tabla 34 Estado de ánimo	123
Tabla 35 Necesidad de evitar peligros del entorno	124
Tabla 36 Necesidad de comunicarse.....	124
Tabla 38 Necesidad de vestirse y desvestirse.....	125
Tabla 39 Necesidad religiosas y espirituales	125
Tabla 40 Problemas emocionales	126
Tabla 42 Necesidades de trabajar y sentirse realizado	127
Tabla 43 Necesidades de practicar en actividades recreativas	127
Tabla 46 Principales hallazgos de la valoración inicial	128
Tabla 45 descriptivo compilatorio sin la aplicación del modelo.	229
Tabla 46 descriptivo compilatorio con la aplicación del modelo de Patherson Y Zderath	232
Tabla 47 Sin el modelo	236

Tabla 48. Con el Modelo.....	237
Tabla 49 Sin la aplicación del modelo	238
Tabla 50. Con la aplicación del modelo.....	238
Tabla 51 Estadísticas descriptivas del grupo	239
Tabla 52 Prueba de muestras independientes.....	239

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Comportamiento 235

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Proceso de diagnóstico de enfermería	24
Figura 2 Determinación de prioridades de intervención	25
Figura 3 Clases de eutanasia	96

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Aprobación del tema.....	265
Anexo 2 Solicitud de permiso de ejecución del proyecto.....	267
Anexo 3 Aprobación de la ejecución del proyecto en el hospital	268
Anexo 4 Guía de valoración.....	269
Anexo 5 Consentimiento informado	274
Anexo 6 Registro fotográfico.....	276
Anexo 7 Reporte del Urkund	280

TEMA

Aplicación del proceso de atención de enfermería según el modelo humanista de Paterson y Zderad para cuidados paliativos brindados a pacientes oncológicos del área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil. Enero-mayo 2021

RESUMEN

La investigación a desarrollar tiene como título “Aplicación de proceso de atención de enfermería según el modelo humanista de Paterson y Zderad para cuidados paliativos brindados a pacientes oncológicos del área de Diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil Enero-Mayo 2021”. Objetivo: Aplicar un Proceso de atención de enfermería según el modelo humanista de Paterson y Zderad para cuidados paliativos brindados a pacientes oncológicos del área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil. Enero 2021-mayo 2021. Para ello se definió como metodología investigativa un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, experimental de campo y transversal, aplicando una encuesta de valoración según Virginia Henderson a 24 pacientes oncológicos que reciben tratamientos de diálisis. Resultados: Se identificaron como principales necesidades, de oxigenación relativas a la presión arterial, obesidad y sobrepeso, estreñimiento, náuseas, limitaciones de movimiento, ansiedad y depresión. A partir de estas observaciones se realizaron dos modelos de proceso de atención de enfermería, uno del tipo normal y otro siguiendo el modelo humanista de cuidado. Concluyendo que los PAES implementados y evaluados por medio de la metodología SOAP para cuidados paliativos brindados a pacientes oncológicos del área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, presentaron mayor efectividad en el modelo humanista de cuidado, dicha aseveración fue comprobada estadísticamente por medio de la comparación de medias para muestras relacionadas, prueba t student, determinando que existe una diferencia significativa en las medidas de valoración con y sin aplicación del modelo, por lo que se acepta la hipótesis de la investigación en donde establece las diferencias.

Palabras Clave: Proceso de atención de enfermería, cuidados paliativos, pacientes oncológicos, diálisis.

ABSTRACT

The title of the research to be developed is "Application of the nursing care process according to the humanistic model of Paterson and Zderad for palliative care provided to oncological patients in the Dialysis area at the Abel Gilbert Pontón Hospital in Guayaquil January-May 2021". Objective: To apply a process of nursing care according to the humanistic model of Paterson and Zderad for palliative care provided to oncological patients in the dialysis area at the Abel Gilbert Pontón Hospital in Guayaquil. January 2021-May 2021. For this, a quantitative, descriptive, experimental field and cross-sectional approach was defined as a research methodology, applying an assessment survey according to Virginia Henderson to 24 cancer patients receiving dialysis treatments. Results: The main oxygenation needs related to blood pressure, obesity and overweight, constipation, nausea, movement limitations, anxiety and depression were identified. From these observations, two models of the nursing care process were made, one of the normal type and the other following the humanistic model of care. Concluding that the PAES implemented and evaluated through the SOAP methodology for palliative care provided to oncological patients in the dialysis area at the Abel Gilbert Pontón Hospital in Guayaquil, presented greater effectiveness in the humanistic model of care, this assertion was statistically verified by means of of the comparison of means for related samples, student's t test, determining that there is a significant difference in the assessment measures with and without application of the model, so the research hypothesis is accepted where the differences are established.

Key Words: Nursing care process, palliative care, cancer patients, dialysis.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades oncológicas suelen ocasionar complicaciones tales como las enfermedades renales crónicas, requiriendo en muchos casos la administración de tratamiento de diálisis, para mejorar la condición de salud de los pacientes. Durante la etapa terminal de la enfermedad, muchos pacientes desarrollan comorbilidades que deben ser atendidas de forma paliativa procurando la mejora en la calidad de la vida de este grupo de pacientes.

Los cuidados paliativos deben ser brindados desde la perspectiva holística y humanista del cuidado, enfocándose en mostrar actitudes empáticas hacia los pacientes objeto de cuidado, en tal sentido uno de los principales exponentes de los cuidados empáticos y humanistas, Paterson y Loretta Zderad donde se percibe a la enfermería como algo existencial desde el punto de vista fenomenológico y existencialista, donde la persona tiene derecho a conocer su realidad, de conocer los cuidados, y desde la concepción existencialista la persona tiene el derecho de elegir, dirigir y seleccionar sus propias condiciones de vida, con libertad para encontrarse a sí mismo y tomar sus decisiones de vida (Regina, 2019, pág. 18).

En la presente investigación se desarrolla el abordaje de los cuidados paliativos por medio de un proceso de atención según el modelo de humanista de cuidado de Paterson y Loretta Zderad, enfocado en pacientes oncológicos terminales sometidos a tratamientos de diálisis atendidos en área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil. Para ello se desarrollaron los siguientes capítulos;

Capítulo I El problema, en este apartado se desarrolla la contextualización del problema en estudio, la justificación de su ejecución, la formulación del problema, así como los objetivos planteados y las limitaciones presentadas durante su ejecución.

Capítulo II El Marco teórico, en este acápite se presentan los antecedentes científicos, las bases contextuales, la definición de los principales términos y finalmente la sistematización y operacionalización de las variables de estudio.

Capítulo III Marco metodológico, en este apartado se explica el diseño de la investigación, la población a estudiar, los instrumentos y técnicas a aplicar, los procedimientos usados para la recolección y análisis de datos y finalmente se presentan los análisis por medio de tablas que facilitaron su interpretación.

Capítulo IV Resultados, en este apartado se presentan los resultados obtenidos por cada uno de los objetivos del estudio, así mismo se presenta la comprobación de la hipótesis del estudio.

Capítulo V Conclusiones y recomendaciones, se desarrollan las apreciaciones finales de la investigación realizada.

Capítulo VI Marco Administrativo, se presentan los recursos, presupuestos y cronograma seguidos para la ejecución de la investigación.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La terminología “Cáncer” es la manera genérica para englobar un considerable grupo de enfermedades cuya característica principal es la multiplicación rápida de células anormales, llegando a invadir otros órganos. Según explica la Organización Mundial de la Salud el cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial. Aquellas personas que padecen algunos de los tipos de cáncer son denominados pacientes oncológicos, siendo estos un grupo vulnerable que requiere de enfoque multidisciplinario durante su diagnóstico, tratamiento, seguimiento en la recuperación o acompañamiento en las fases finales.

Durante la enfermedad existen distintos tratamientos a los que son sometidos los pacientes, debido al impacto de estos tratamientos estos pueden acarrear en los pacientes oncológicos efectos sobre su salud física de manera integral, tales como; pérdida de peso, cabello, debilidad, problemas gastro intestinales, pérdida de órganos, fuertes dolores, modificación significativa en la apariencia, entre otros. Por esta razón surge como opción para este tipo de pacientes lo denominado como cuidado paliativo, definido según la Organización Mundial de la Salud (2018) como cuidados que;

Pueden ayudar a los enfermos a vivir más confortablemente y son una necesidad humanitaria urgente para las personas de todo el mundo aquejadas de cáncer o de otras enfermedades crónicas mortales. Estos cuidados se necesitan sobre todo en los lugares donde hay una gran proporción de pacientes cuya enfermedad se encuentra en fase avanzada y que tienen pocas probabilidades de curarse. Los cuidados paliativos pueden aliviar los

problemas físicos, psicosociales y espirituales de más del 90% de los enfermos con cáncer avanzado. [s.n]

Dentro de estos cuidados paliativos los profesionales de enfermería desempeñan una labor crucial el cual atribuye a los tratamientos físicos la visión humanista, considerando los aspectos psicosociales y espirituales de los pacientes. Según lo explica (Silva & et.al., 2018)

La enfermera cumple un papel fundamental en los cuidados paliativos y reconoce que el final de la vida debe ser con dignidad, respetando las opiniones del paciente con sus limitaciones, temores y angustias. En ese sentido, las relaciones humanas son establecidas durante el cuidado de la enfermera con un desarrollo en relación al sufrimiento del paciente y sus familiares, induciendo a problemas de salud y modificar la percepción de la enfermera sobre los cuidados paliativos. (p. 30)

Debido a la importancia del rol de enfermería en los cuidados paliativos, resulta de importancia llevar una planificación de los procesos de atención de enfermería que permita identificar las necesidades de los pacientes y brindar los cuidados pertinentes según las particularidades de cada uno de ellos.

A través del proceso de cuidados paliativos, muchos son los enfoques que se pueden aplicar para brindar mayor confort y calidad de vida a los pacientes oncológicos, sin embargo, la Teoría Humanista del Cuidado es aquella que permite al enfermero contemplar las necesidades de cada paciente de manera integral fortaleciendo los lazos enfermero-paciente, tal como lo explica Lavinas y otros en su investigación sobre los cuidados paliativos al paciente con cáncer según la visión de Paterson y Zderad:

Tanto en la filosofía de la Teoría del Cuidado Humanístico como en los Cuidados Paliativos, el enfermero alimenta la potencialidad de experimentar y apoyar de manera conjunta el proceso vivido por el paciente. Enfermeras y pacientes se humanizan en la toma de decisiones responsables en la situación intersubjetiva y transaccional del cuidado, lo que lleva a la enfermería humanista. (p.4)

A nivel mundial Según cifras de la Organización Mundial de la Salud para el 2015 se registraron 8.8 millones defunciones por cáncer, mientras que en el 2018 solo en América y Europa se registraron 3.4 millones de nuevos casos de cáncer y 1.4 millones de decesos en el mundo siendo los principales factores de riesgo asociados a las conductas y comportamientos dietéticos como “índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. El tabaquismo es el principal factor de riesgo y ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer” [s.n].

En el caso de Ecuador según lo manifiesta Organización Mundial de la Salud en un informe de la Agencia Internacional para la investigación del cáncer, la incidencia es de 175.5 casos de cáncer por cada 100.000 habitantes (El Telégrafo, 2018). En ese contexto según informe presentado por la revista online Edición Médica, del total de egresos registrados en el 2018, 45.313 a nivel nacional, Guayas reportó 8.697 pacientes solo superado por quito con 9.519.

En base a esta prevalencia de la enfermedad en la provincia se tomó como foco de estudio el área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil donde son atendidos pacientes en fases crónicas que requieren de cuidados paliativos que les permitan disfrutar de mejor calidad de vida durante su proceso de enfermedad

como pacientes oncológicos. Por esta razón se pretende abordar esta problemática con el enfoque de los Procesos de Atención de Enfermería según el modelo de la Teoría Humanística del Cuidado.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo aplicar un Proceso de atención de enfermería según el modelo humanista de Paterson y Zderad para cuidados paliativos brindados a pacientes oncológicos del área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil?

1.3. Justificación

Los cuidados paliativos ofrecidos a pacientes con diagnóstico de cáncer en su etapa terminal ayudan a estos a mantener una calidad de vida mejor durante el arduo proceso. Estos cuidados implican desde acompañamiento durante el proceso de enfermedad hasta la administración de medicamentos para aminorar el dolor.

En el caso del presente estudio, se aborda la problemática de cuidados paliativos ofrecidos a pacientes con cáncer que se encuentren recibiendo tratamientos de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, esto con el fin de generar un diagnóstico enfermero en base a las necesidades principales de la población y así formular un Proceso de Atención de enfermería según el modelo humanista de Paterson y Zderad.

En ese contexto la investigación resulta necesaria puesto que con ella se espera generar e implementar una herramienta planificada, organizada y diseñada de manera específica para mejorar las condiciones de vida de los pacientes con cáncer atendidos en la unidad de diálisis, permitiendo así ofrecer cuidados paliativos acorde a las necesidades particulares de los pacientes.

De igual forma la investigación resulta de importancia, en vista que con ella se establece desde la enfermería basada en evidencia, una estrategia de cuidado paliativo que ayude a los profesionales sanitarios que ofrecen servicios en el área de diálisis a mejorar las condiciones de vida de aquellos pacientes en su etapa terminal.

En cuanto a los beneficiarios de la investigación, se tienen que de forma directa se beneficiaran a los pacientes con cáncer que se encuentran recibiendo atención en la unidad de diálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, y de manera indirecta

se beneficiaran los responsables de brindar cuidados paliativos en dicha unidad, quienes contarán con un proceso de atención para ofrecer una atención de manera adecuada a las disponibilidades de la unidad de diálisis y las necesidades de los pacientes.

1.4. Objetivos

Objetivo General

Aplicar un Proceso de atención de enfermería según el modelo humanista de Paterson y Zderad para cuidados paliativos brindados a pacientes oncológicos del área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil. Enero 2021-mayo 2021

Objetivo específico

1. Realizar la valoración de enfermería para identificar las necesidades de cuidados de los pacientes oncológicos del área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
2. Diseñar un proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA; NIC y NOC según el modelo humanista de Paterson y Zderad para cuidados paliativos brindados a pacientes oncológicos del área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
3. Implementar y evaluar los resultados del plan de atención de enfermería diseñado.
4. Establecer las diferencias y similitudes entre los pacientes a quienes se aplica el plan de atención de enfermería basado o no en el modelo humanista de Paterson y Zderad.

1.5. Limitaciones

Las limitaciones que se pueden presentar resultan;

- Tiempo de ejecución
- Posible indisposición de los pacientes
- Inconvenientes provocados por la situación de pandemia

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Con la presente investigación se pretende establecer un Proceso de Atención de Enfermería para pacientes oncológicos que necesiten de cuidados paliativos durante la atención ofrecida en la unidad de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, para ello resulta necesario en primera instancia conocer de experiencias investigativas de orden internacional y nacional que aborden temáticas relativas y de interés científico para este estudio, a continuación se presentan los hallazgos más significativos.

Internacionales

La primera investigación de interés fue la realizada por (Veaga & et.al., 2020) en Perú, titulada “*Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: aporte para la humanización en Salud*”, la cual fue realizada con el objetivo de describir la amabilidad, las medidas de confort y el apoyo espiritual que se brinda en el cuidado al paciente oncológico en fase terminal según la percepción de enfermeras y familiares cuidadores en un hospital de la localidad. Para ello los investigadores se basaron en una investigación cualitativa descriptiva, tomando una muestra de 6 enfermeros y 6 familiares cuidadores de pacientes oncológicos en etapa terminal. Con esta investigación se logró apreciar que los pacientes en general cuando están convalecientes son frágiles emocionalmente y más aún si la enfermedad pone en riesgo su vida como el cáncer y por lo que necesitan ser atendidos con amor, con empatía, con respeto y con compasión por sus familiares y el personal de salud en especial por las enfermeras que son las encargadas de tratar directamente al paciente y de brindar los cuidados sanitarios indicados. Entre los resultados más significativos de

la investigación se encuentra que los pacientes oncológicos manifestaron en las entrevistas sentirse satisfechos y confortados al recibir un trato amable y espiritual por parte de las enfermeras dándoles esperanzas. Concluyeron que “existe humanización en el cuidado a pacientes oncológicos estudiados y esta inicia con la amabilidad que se refiere al saludo, el respeto y el toque terapéutico, aun en momentos en que las enfermeras realizan las medidas de confort para aliviar el dolor y la satisfacción de las necesidades básicas con la colaboración del familiar acompañante; sin duda se rescata el apoyo espiritual que se expresa en el fomento de la fe, la esperanza, la oración, respetando las creencias y prácticas religiosas. Es probable que el cáncer genere mayor sensibilidad y compasión en el personal de salud.

Otra investigación de importancia fue la realizada en Bogotá Colombia por (Delgado J. , 2017), titulada “*Cuidados paliativos para pacientes oncológicos con calidad de vida un reto para el profesional de enfermería*” con el objetivo de describir los cuidados paliativos de enfermería en pacientes oncológicos en sus diferentes etapas del ciclo vital, teniendo en cuenta las implicaciones legales. Esta investigación se desarrolló por medio de una revisión bibliográfica relacionada con la enfermedad en sí y los diferentes cuidados que se deben brindar al paciente y su entorno familiar, arrojando entre otros aspectos que los tratamientos indicados en base a los estudios médico y científicos son muy invasivos por estar diseñados con isotopos radioactivos y radiaciones que atacan no solo los tejidos dañados sino que también invaden a los tejidos sanos, generando en el paciente diferentes reacciones en su organismo que desmejoran su calidad de vida en cuanto sus los patrones normales de vida familiar, social, religiosa y emocional, situación que ha originado el desarrollo de una serie de tratamientos paliativos considerados como un tratamiento integral para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés de toda enfermedad grave. Los

resultados de la revisión bibliográfica realizadas por Delgado señalaron que hay evidencias sobre los avances a nivel del conocimiento y de herramientas tecnológicas paliativas en el campo de la medicina y las implicaciones que estas han tenido en los pacientes oncológicos con la aplicación de cuidados paliativos por parte de las enfermeras. La conclusión indicó que los cuidados paliativos aplicados por el personal de enfermería al tratar a los pacientes oncológicos crónicos o terminales beneficiaron tanto al paciente como a su entorno familiar mejorando la calidad de vida.

En ese contexto el estudio realizado por (Macchi & et.al., 2020) en Argentina, titulado “*Planificación de los cuidados en el final de la vida. Perspectivas de profesionales de oncología y cuidados paliativos*”, la cual tuvo como objetivo abordar la perspectiva de los profesionales de la salud argentinos sobre la planificación de los cuidados en la etapa final de los pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas. Para ello los investigadores se plantearon un diseño metodológico cualitativo, que por medio de entrevistas semiestructuradas permitió conocer la opinión de diferentes profesionales sanitarios frente a la planificación del cuidado, instrumentos y barreras para la implementación de este tipo de prácticas anticipadas. En el artículo mencionado se concluye que un punto crítico que limita la planificación de los cuidados es la comunicación de información sobre el diagnóstico y el pronóstico, por lo que los entrevistados mencionaron que las dificultades de este tipo de prácticas se centran en que existe carencia de herramientas comunicacionales para abordar de manera efectiva con los pacientes información sobre su diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, así mismo indicaron que otro de los factores que influyen en la aplicación de la planificación de cuidados es la derivación tardía de los pacientes a la unidad de cuidados paliativos y la escasa coordinación entre los equipos de oncología

y de cuidados paliativos, lo que dificulta realizar un abordaje eficiente de la problemática de cada paciente.

Otra investigación de interés para el desarrollo del presente estudio, fue el realizado por (Schäfer & et.al, 2020) en Brasil titulado “*Cuidados paliativos y teorías humanísticas en enfermería*”, el cual abordada al igual que en el caso de la presente investigación los cuidados paliativos como herramienta de trabajo y cuidado de los pacientes enfocados en la filosofía de la teoría humanística de Josephine Paterson y Loretta Zderad, esta teoría es un reflejo de los procesos de cuidado para el vivir y el morir realizados por las profesionales de enfermería, en el cual el “profesional en su hacer diario, invirtiendo en el bienestar y en una vida más plena, visualizando la condición de vida y muerte de cada paciente, valorando su potencial y condición humana”(p.28), visualizando todas las potenciales respuestas de la persona ante su enfermedad tanto de alegría como de sufrimiento y tristeza, y como debe proceder para enfrentar esta situación, para ello debe capacitarse en los cuidados paliativos, sensibilizándose y vivenciando la condición del paciente ofreciéndole una atención de calidad y digna.

El grupo de investigadores subdividió en tres categorías el tema objeto de estudio: “a) los cuidados paliativos como filosofía humanitaria, b) enfoque teórico humanista de Paterson y Zderad; c) cuidados paliativos a la luz de la teoría humanista” (p.29). Obteniendo como resultado que los cuidados paliativos están orientados a buscar una mejor calidad de vida tanto de los pacientes como de su entorno familiar, para ello es necesario comprender que la vida y la muerte son algo natural, que se debe aplicar estrategias para aliviar el sufrimiento y la angustia, tratando de no prolongar la vida sin apresurar la muerte, hacer que se integren los

procesos espirituales y psicológicos apoyando al paciente hasta su hora final y a los familiares con el dolor de la pérdida. Los cuidados paliativos deben ser analizados y articulados con el quehacer diario de las enfermeras para realizar acciones a ejecutar con cada paciente de forma individual, siempre preservando la autonomía del paciente y de sus familiares más próximos para la toma de decisiones. En conclusión, el estudio demostró que el enfoque humanista de Paterson y Zderad puede colaborar con el personal de enfermería en planificación y perfeccionamiento de acciones para brindar al paciente y sus familiares una atención efectiva para enfrentar la enfermedad y sus posibles consecuencias (Schäfer & et.al, 2020).

Nacionales

A nivel de investigaciones nacionales de interés investigativo para el presente estudio se presenta la realizada por (Vélez & Salgado, 2018) titulada “*Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos*” realizada en Guayaquil, con el objetivo de determinar las actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal. Para ello las investigadoras utilizaron un enfoque cuantitativo del tipo descriptivo, prospectivo, transversal, con el que encuestaron a la población de dos licenciadas de enfermería que atendían a los pacientes oncológicos en etapa terminal. En dicha investigación las autoras explicaban que como resultado que el personal de enfermería tiene la obligación de desarrollar con los pacientes y familiares puentes comunicacionales para facilitar el trabajo y garantizar una mejor calidad en la atención al paciente, respetando siempre la ética profesional, las creencias culturales y religiosas, los valores y sentimiento del paciente, más aún cuando se trata de un paciente terminal que tiene derecho a saber su condición, al igual que su familia. , Los

resultados arrojados del estudio indicaron que las licenciadas además de las labores de cuidado paliativo, tienen inherencia en los procesos administrativos y en cuidados directos estas refirieron que las manifestaciones de la enfermedad eran dolor, náusea y caquexia, así mismo determinaron que del 100% de los pacientes tratados se aplican un 20% de ayudas coadyuvantes y 80% de ayudas farmacológicas para las diferentes manifestaciones. En conclusión, el personal de enfermería del Instituto establece una buena comunicación con los pacientes y familiares, los acompañan espiritualmente durante el proceso de enfermedad y sólo le aplican tratamientos paliativos como la acupuntura para tratar el dolor.

Otro estudio significativo realizado en el Ecuador fue el ejecutado por (Vallejo, Lino, & Quinto, Estudio de Pertinencia de los Cuidados Paliativos en Ecuador., 2017) titulado "*Estudio de Pertinencia de los Cuidados Paliativos en Ecuador*" el cual tenía como objetivo contribuir a mejorar la calidad de vida de la población ecuatoriana que sufre enfermedades irreversibles y en etapa terminal, para tal efecto abrieron una investigación descriptiva con la finalidad de "proporcionar una guía de análisis de la pertinencia en los cuidados paliativos como una necesidad imperiosa en el servicio del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" ubicado en la ciudad de Guayaquil. En dicho estudio los autores explican que el Gobierno de Ecuador implementó Programas Públicos de Cuidados Paliativos apoyado por la Organización Mundial de la Salud para motivar a los profesionales de la salud, pacientes y cuidadores la adopción de la Guía de Paliativos y fomentar dentro de los estudiantes de la salud el estudio de los cuidados paliativos. Los resultados estadísticos indicaron que sólo en Guayaquil la tasa de incidencia de cáncer en el hombre es de 142,1 y en las mujeres la incidencia es de 165,5 por cada 100 mil habitantes, siendo aún mayor en la ciudad de Quito, en relación a los cuidados

paliativos el 100% de las personas consultadas indicaron que es “muy necesaria” para mejorar la calidad de vida. En conclusión, se infiere que es importante formar al personal de salud en cuidados paliativos con la finalidad de “elevar los estándares de calidad de vida” (p. 250).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Atención de enfermería

La atención de enfermería está íntimamente relacionada con el cuidado de enfermería, son conceptos sinónimos por su fin teórico y filosófico. Atención para la (RAE, 2014) es “la acción de atender” es decir satisfacer una necesidad en una persona, mientras que cuidar es asistir a un paciente cuando este lo requiera. (Ante, 2017) Reseñó que Madeleine Leininger en los años 50,

Defendió la concepción de que el cuidado es una necesidad humana esencial, y el cuidar como la esencia de enfermería, además es un modo de lograr salud, bienestar y la conservación de las culturas y de la civilización que se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. (p. 21)

La atención de enfermería está involucrada con el deseo de una persona de cuidar a otros, proporcionando protección a los pacientes, es decir “el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales”. (Ante, 2017, pág. 21)

2.2.2. Proceso de atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería o PAE como es conocido por sus siglas es un sistema donde se ubican las intervenciones que son características de la profesión de Enfermería en cuanto al cuidado de salud de la persona y la de su entorno, este proceso se encuentra dividido por cinco etapas a saber: la valoración del paciente, el diagnóstico del problema, la planificación para enfrentar el problema, la ejecución de lo planificado y la evaluación de los resultados, todas estas etapas están

correlacionadas y deben ser realizadas en secuencia para obtener resultados satisfactorios. Tal como lo explica (Miranda-Limachi & et.al., 2020)

El profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humano basado en el PAE, por medio del cual diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, también considera la integralidad, totalidad, seguridad, así como la continuidad requerida por el sujeto de cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios. En la atención se da un proceso interactivo entre el cuidador y ser cuidado; el primero tiene el papel activo pues realiza acciones y comportamientos para cuidar. El segundo, ser cuidado, tiene un rol más pasivo y en función de su situación, puede contribuir y ser responsable del propio cuidado en situaciones de educación para la salud. (p. 376)

El Proceso de atención de enfermería es una metodología que tuvo sus comienzos alrededor del año 1955 con Hall, que ha ido desarrollando y adaptándose a los nuevos conocimientos y tecnologías, este método es aceptado a nivel mundial y reconocido por la Organización Mundial de la Salud como un mecanismo para ser utilizado en el cuidado de los pacientes.

Para (Martell, 2020) el Proceso de atención de enfermería es;

El método científico que utiliza el personal de enfermería para desarrollar su actividad de una forma coherente, ordenada, precisa y sistemática; para lograr la solución a los problemas de salud y la satisfacción de los pacientes; basado en una secuencia lógica: comprensión del problema, recogida de datos, formulación de la hipótesis y la comprobación de las soluciones; todo lo cual se materializa a través del plan de cuidados, lo que proporciona a la enfermería la categoría de ciencia. (p.1)

El Proceso de atención de enfermería es una metodología utilizada por el personal de enfermería para resolver problemas relacionados con la salud de los pacientes, donde las enfermeras deben aplicar sus conocimientos de carácter científico para realizar la atención sanitaria, organizando y sistematizando los pasos a seguir de acuerdo a una secuencia, prestando una atención holística e individual con la finalidad de obtener un resultado de acuerdo a los objetivos planteados.

2.2.3. Beneficios del Proceso de atención de enfermería en enfermería

La utilización del Proceso de atención de enfermería beneficia al personal de enfermería en su desempeño laboral, puesto le facilita;

- Realizar el cuidado humanizado de los pacientes en una forma organizada y priorizada, teniendo presente los intereses y necesidades de cada paciente,
- Enfocarse en los aspectos más importantes relacionados con la salud y, la seguridad del paciente, así como en la calidad del servicio prestado,
- Utilizar al Proceso de atención de enfermería como una guía para tratar los problemas de los pacientes desde una perspectiva holística,
- Adquirir habilidades en la ejecución de procedimientos y ganar confianza en sí mismo, al crear hábitos de razonamiento (Hernández & et.al., 2018).

2.2.4. Etapas para la elaboración de un proceso de atención de enfermería

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el servicio de enfermería se desarrolla en cinco etapas secuenciales debidamente organizadas y secuenciales, empezando con;

La valoración.

Consiste en hacer una exploración física Céfalocaudal, una evaluación de los Sistemas y Aparatos Corporales y una verificación de los Patrones Funcionales de una forma detallada y meticulosa, analizando de una forma crítica cada valoración realizada. Esta valoración es realizada por el personal de enfermería por fases empezando con la toma de datos, pasando por la validación y la organización de los datos y terminando con el registro de estos (Calpa, 2019).

La valoración puede realizarse de distintas maneras y enfoques, depende de las habilidades y pensamiento crítico para la toma de decisiones de los profesionales de enfermería, sin embargo, se puede hablar de algunos tipos de valoración basándose en las herramientas y modelos de evaluación a seguir.

En primera instancia se encuentra el proceso de valoración que emplea un formato estructurado fundamentado en un modelo estandarizado práctico, el cual recopila los datos. Estos modelos teóricos permiten categorizar la información de cada paciente, entre alguno de los modelos más usados se encuentran; el modelo de cuidado de Watson, el cual valora las necesidades según la teoría asistencial, valorando cada problema de manera subjetiva y objetiva, el modelo de patrones funcionales de Gordon el cual ayuda a valorar de manera global cualquier problema de salud (Poter & et.al.).

El segundo enfoque que puede tomarse en cuenta al momento de realizar una valoración es aquel que evalúa al paciente de manera completa orientado al problema, inicia por determinar el origen físico del problema, y

continua con una serie de preguntas de seguimiento que ayudan a comprender de manera integral el problema (Poter & et.al.).

Tabla 1 Ejemplo de valoración de un paciente: enfoque en el dolor

Problema y factor asociado	Preguntas	Valoración física
Características del dolor	Describa su dolor, ponga la mano sobre la zona que le duela o le moleste	Obtener señales no verbales Observar dónde señala el paciente su dolor, observar si se irradia o es localizado
Factores precipitantes	¿Nota si el dolor se acentúa durante alguna actividad o en algún momento concreto del día? ¿El dolor guarda relación con el movimiento?	Observar si el paciente muestra signos no verbales de dolor al moverse, cambiar de posición, tragar
Intensidad	Puntúe su dolor en una escala de 0 a 10	Examinar la zona de molestias, palpar para detectar sensibilidad

Fuente: (Poter & et.al.)

El diagnóstico.

Corresponde al juicio que realiza el personal de enfermería preguntado al paciente que siente, donde lo siente, paralelamente redactando una lista donde jerarquiza las respuestas y para luego entrelazarlas con los conocimientos propios de las funciones vitales para establecer un patrón y determinar la etiología del problema detectado (Calpa, 2019).

El proceso de diagnóstico enfermero se ejecuta por medio de la herramienta NANDA (North American Nursing Diagnosis Association International) el cual permite diagnosticar al paciente por medio de tres tipos

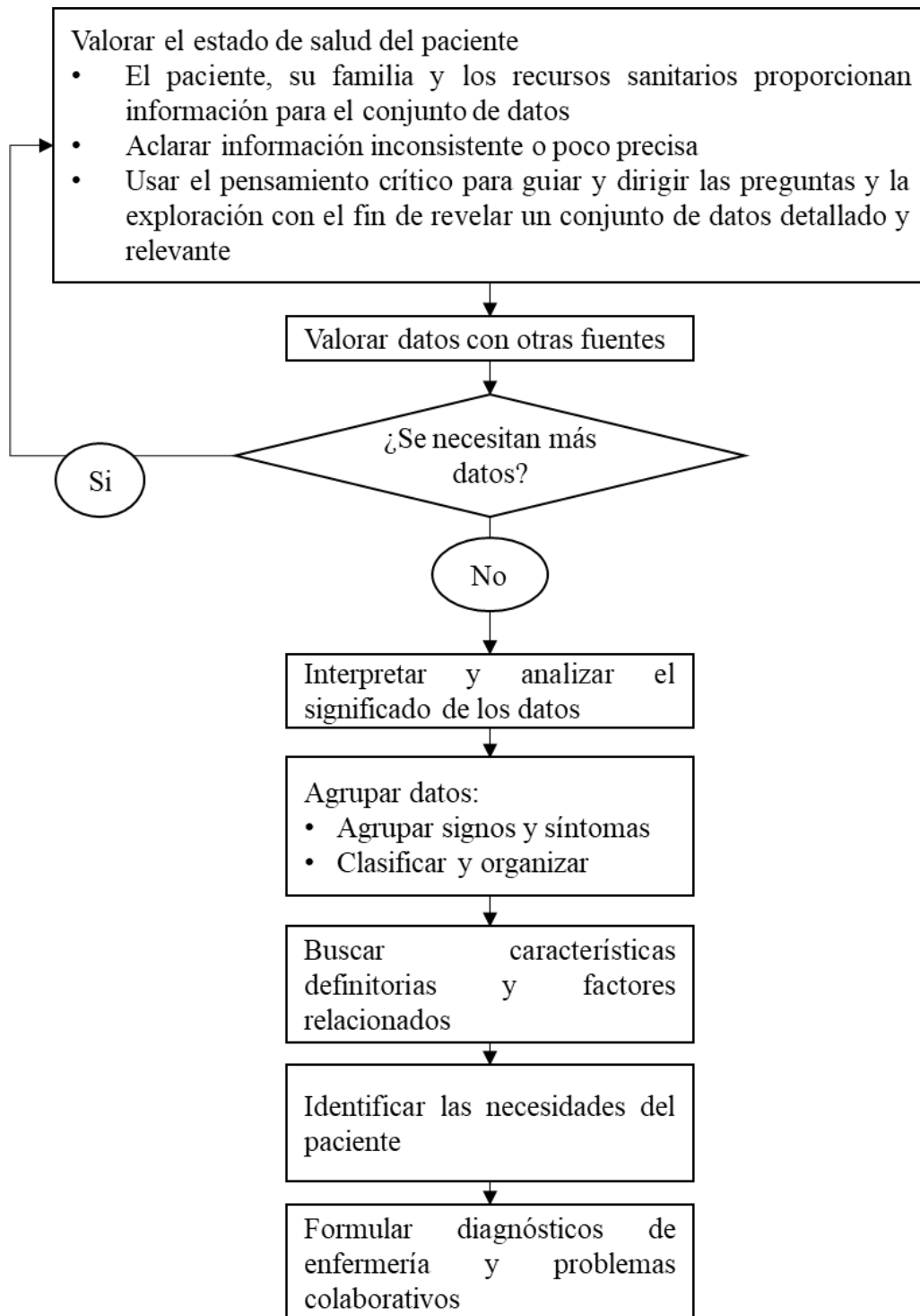
de enfoques; centrado en el problema, en el riesgo y en la promoción de la salud.

El enfoque centrado en el problema permite generar un juicio clínico fundamentado en el proceso de enfermedad y de salud de cada paciente, familia o comunidad. En base a los datos recopilados durante la valoración inicial se procede a la selección del diagnóstico enfermero, para ello se evalúa en la herramienta NANDA el factor relacionado (factor o causa del diagnóstico) descrito en cada uno de los acápites a fin de seleccionar aquel que refleje con mayor asertividad la situación específica del paciente, familia o comunidad en cuestión (Poter & et.al.).

El diagnóstico basado en el riesgo se ejecuta por medio un análisis de vulnerabilidad de cada paciente, familia o comunidad objeto de valoración inicial y es de importancia puesto que con él se puede realizar una planificación preventiva. Para ello el profesional de enfermería debe considerar los elementos ambientales, psicológicos, sociales, epidemiológicos, genéticos o externos que pueden poner en riesgo la salud del paciente, en base a estos se selecciona aquel diagnóstico que refleje algún tipo de riesgo de orden similar (Poter & et.al.).

El diagnóstico basado en la promoción de la salud es caracterizado por la promoción de vidas saludables y por aumentar el bienestar y la salud de los pacientes. Se ejecuta cuando el paciente manifiesta disposición por hábitos de salud saludables (Poter & et.al.).

A continuación, se presenta de manera esquemática el proceso de diagnóstico enfermero;

Figura 1 Proceso de diagnóstico de enfermería

Fuente: (Poter & et.al.)

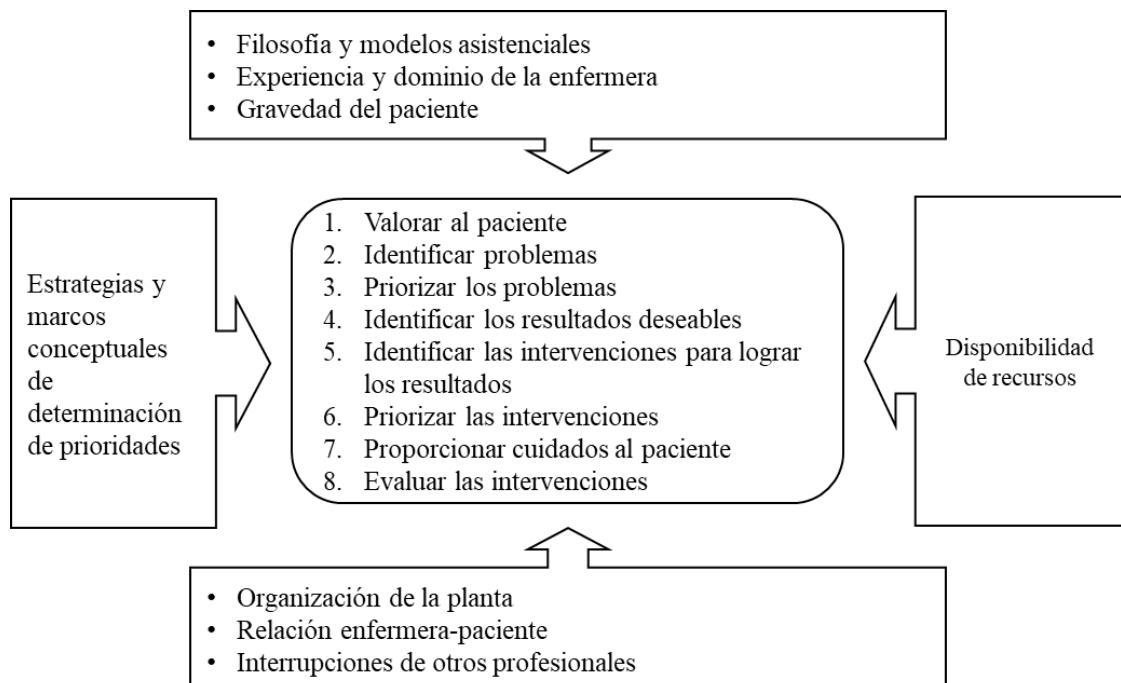
La planificación.

Una vez establecido un diagnóstico certero el personal de enfermería diseña y proyecta una secuencia de las intervenciones a realizar, estableciendo

las prioridades, los objetivos, prescribiendo los cuidados de enfermería que van a ser utilizados y documentándolos (Calpa, 2019).

El profesional de enfermería posterior al diagnóstico debe elegir las intervenciones a ejecutar y debe planificarlos aplicando el pensamiento crítico para la toma de decisiones y la solución de los problemas. Para ello debe priorizar los diagnósticos, este proceso se ejecuta determinando aquellos diagnósticos que tengan mayor nivel de urgencia, importancia, seguridad del paciente, naturaleza del cuidado y los deseos del paciente (Poter & et.al.). A continuación, se presenta de manera gráfica como determinar las prioridades de intervención;

Figura 2 Determinación de prioridades de intervención



Fuente: (Poter & et.al.)

Las intervenciones de enfermería se clasifican en tres grupos principales según el tipo de profesional sanitario que participa en la intervención; el primer grupo es aquel que es iniciado por el profesional de enfermería, el segundo por un profesional sanitario y el tercer grupo es aquel que requiere de la participación de un equipo multidisciplinario.

Para la selección de las intervenciones se debe considerar seis aspectos necesarios; los resultados esperados, las características del diagnóstico, el conocimiento que se tiene sobre la intervención, la factibilidad de su ejecución, la aceptación y consentimiento del paciente y las habilidades y destrezas requeridas para su ejecución. Una vez considerados esos aspectos se pueden utilizar instrumentos para la selección de las intervenciones, en ese sentido el más comúnmente utilizado es la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervención de Enfermería (NIC), dichos instrumentos presentan de forma esquematizada los protocolos y procedimientos estándar para brindar atención a pacientes acorde a sus necesidades.

La ejecución.

El personal de enfermería pone en práctica todas las intervenciones planificadas para los cuidados del paciente, para ello debe realizar una preparación en relación en ¿cómo va hacer los cuidados?, ¿por qué los va hacer? y ¿cómo hacerlos sin causar otras lesiones?, para luego proceder a la aplicación de los cuidados y al registro de las intervenciones (Calpa, 2019).

Para el proceso de ejecución e implementación del plan de intervención es necesario ejecutar las siguientes actividades; revalorar al paciente, revisar

paso a paso el plan de cuidados de enfermería, organizar los recursos necesarios, contemplar las posibles complicaciones e implementar la intervención (Potter & et.al.).

La evaluación.

Desde el instante que el personal de salud hace contacto con el paciente, comienza a medir las respuestas a las intervenciones realizadas, verificando si los resultados son los esperados en base a los objetivos planteados (Calpa, 2019)

Figura 1 *Etapas del Proceso de Atención de Enfermería*



Fuente: (Calpa, 2019, pág. 19)

2.2.5. Intervención de enfermería

Las intervenciones de las enfermeras están relacionadas con los tratamientos que aplican a las personas sanas o enfermas utilizando todos sus conocimientos clínicos y holísticos para realizar una evaluación del problema. Estas intervenciones

se pueden realizar de una forma directa o indirecta, dependiendo de las circunstancias en las que sean aplicadas y basadas en las evidencias de enfermería.

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en las intervenciones de enfermería se necesita de la integración de los diagnósticos, de la clasificación de resultados y de la clasificación de intervenciones en las Taxonomías de Enfermería

2.2.6. NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association*)

NANDA International es una taxonomía que tiene sus inicios en los años 70 en Estados Unidos como una manera de documentar la práctica de enfermería desde un enfoque holístico, teniendo como eje central el diagnóstico. Desde que se inició como una práctica ha sufrido modificaciones y surgido nuevos diagnósticos que se han ido anexados o modificados los ya existentes.

La última versión 2018-2020 de la taxonomía NANDA-I corresponde a la onceava edición, ésta presenta el retiro de 8 diagnósticos y la incorporación de 17 nuevos diagnósticos de enfermería con su clase, los cuales en su oportunidad fueron revisados por el Comité de Desarrollo Diagnóstico; estos nuevos 17 diagnóstico están relacionados con la promoción de la salud 1, con la nutrición 4, con la actividad y reposo 2, con el afrontamiento al estrés 4 y con la seguridad y protección 6, llegando a un total de 244 diagnósticos de enfermería para uso clínico, definiendo al diagnóstico como “Juicio clínico en relación a la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud”. (NANDA International, 2019, pág. 37)

La metodología de NANDA para determinar los diagnósticos parte de las valoraciones realizadas por el profesional de enfermería dentro del marco de

valoración establecido, usando los Patrones Funcionales de Salud de Gordon como guía de ayuda durante las valorizaciones.

Los 17 nuevos diagnósticos que se suman a los ya preexistentes son:

Tabla 2 *Nuevos diagnósticos de NANDA-I*

Nuevo diagnóstico	Clase
Dominio 1: Promoción de la salud	
Disposición para mejorar la alfabetización en salud	Clase 1: Toma de conciencia de la salud
Dominio 2: Nutrición	
Dinámica de comidas ineficaz del adolescente	Clase 1: Ingestión
Dinámica de comidas ineficaz del niño	Clase 1: Ingestión
Dinámica de alimentación ineficaz del lactante	Clase 1: Ingestión
Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico	Clase 4: Metabolismo
Dominio 4: Actividad y Reposo	
Desequilibrio del campo energético	Clase 3: Equilibrio de la energía
Riesgo de tensión arterial inestable	Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares
Afrontamiento/tolerancia al estrés	
Riesgo de transición migratoria complicada	Clase 1: Respuestas postraumáticas
Síndrome de abstinencia neonatal	Clase 3: Estrés neurocomportamental
Síndrome de abstinencia agudo	Clase 3: Estrés neurocomportamental
Dominio 11: Seguridad/protección	
Riesgo de infección de la herida quirúrgica	Clase 1: Infección
Riesgo de sequedad bucal	Clase 2: Lesión física

Riesgo de tromboembolismo venoso	Clase 2: Lesión física
Riesgo de mutilación genital femenina	Clase 4: Peligros del entorno
Riesgo de termorregulación ineficaz	Clase 6: Termorregulación

Fuente: Información extraída de en (NANDA International, 2019, pág. 39)

La finalidad de NANDA-I para el personal de enfermería es proporcionarles una terminología que esté estandarizada en los diferentes niveles y áreas de la salud en enfermería, con la cual puedan:

- Hacer mención de una respuestas potencial o real a una cuestión de salud.
- Utilizar una terminología que este sustentada en las evidencias en base al juicio clínico del profesional de enfermería.
- Favorecer en los profesionales de enfermería el estudio de sucesos con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados y dar mejores respuestas a los pacientes.
- Realizar una documentación de todos los cuidados realizados para reembolsarlos a los servicios de emergencia.
- Colaborar en el desarrollo de estándares de información con la introducción de la terminología utilizada por los profesionales de enfermería en el dossier de salud (NANDA International, 2019, pág. 39).

2.2.7. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

La taxonomía de Clasificación de Intervenciones de Enfermería, según Bulechek GM, Butcher HK y McCloskey J. (2009) citados por (Vásquez, 2018, pág. 10) es “una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería en el acto de cuidado según necesidades del paciente o grupo de personas” con la finalidad de alcanzar los resultados propuestos y esperados en el diagnóstico del paciente de enfermería, está conformado por un listado que lleva

un orden interno determinado por los campos, las clases y las intervenciones todos ellos con el objetivo de facilitar una clasificación diagnóstica y relacionarla con la clasificación de resultados.

En la última revisión realizada en noviembre el año 2018 en la séptima edición de las Intervenciones de Enfermería se incluyeron 15 nuevas intervenciones y se retiraron 4 intervenciones, se realizó la revisión de 95 intervenciones quedando a la fecha conformada por un total de 565 intervenciones, además se procedió al cambio de 5 etiquetas, 30 cambios en las definiciones principales y 65 cambios secundarios en algunas actividades. Las intervenciones incorporadas fueron:

- Apoyo al procedimiento: bebé
- Defensa de la salud de la comunidad
- Documentación: reuniones
- Entrenamiento en la salud
- Examen de la vista
- Fitoterapia
- Manejo de la hiperlipidemia
- Manejo de la hipertensión
- Manejo de la hipotensión
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del torniquete neumático
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora de la colaboración
- Terapia de baile (Valpdespina, 2019, pág. 61)

2.2.8. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC

La taxonomía de Clasificación de Resultados de Enfermería según Moorhead S, Johnson M, Maas ML y Swanson E (2009) citados por (Vásquez, 2018, pág. 10) “identifica los resultados y las medidas relacionadas con el nivel del individuo, la familia y la comunidad que pueden utilizarse para evaluar los cuidados enfermeros a lo largo del proceso de cuidado del paciente” se publicó por primera vez en el año 1997 con la finalidad en ese momento de hacer una selección de resultados y de los indicadores que se encontraban asociados a un problema determinado en un paciente que estaba sometido a un estudio, estando estructurada por tres niveles el dominio, las clases y los resultados.

En la sexta edición de NOC realizada en el año 2018 se llevó a cabo una actualización de la clasificación donde se eliminaron 2 resultados y se incorporaron 52 resultados, quedando conformada por 540 resultados, además se realizó en cambio de 3 etiquetas, se cambiaron 12 definiciones, 2 escalas, 57 resultados se revisaron y 30 resultados fueron actualizados (Valpdespina, 2019)

2.2.9. Enfermería oncológica

Un personal de enfermería que labora en el área de oncología de cualquier centro de salud debe entender, como lo señaló Mariano 2012

Los complejos mundos de significaciones y experiencias en torno a la enfermedad, al dolor, a la incertidumbre y al miedo merecen sin duda de una aproximación fenomenológica que permita entender los padecimientos no sólo en términos biológicos, sino también en términos emocionales, sociales, familiares y culturales. (Conde, 2017, pág. 14)

Los profesionales de enfermería de oncología deben saber escuchar a sus pacientes de una forma empática y reflexiva para ser capaz de interpretar sus necesidades, sus angustias, sus temores, sus expectativas de vida, para aplicar todas sus herramientas académicas para mejorar la calidad de vida del paciente oncológico. Estos profesionales que trabajan en esta área presentan según los estudios una tasa alta de desgaste físico y mental, por ser un desempeño laboral complejo que genera en ellos estrés y una sobre carga emocional por estar expuestos continuamente a situaciones de dolor e impotencia ante la posibilidad de la muerte del paciente, sentimientos y emociones que se van desarrollando con el cuidado diario del paciente al despertar en ellos la compasión.

Los profesionales de enfermería deben trabajar en equipo al momento de planificar y prever posibles complicaciones en el paciente, estos profesionales deben caracterizarse por ser empáticos y compasivos al momento de brindar los cuidados paliativos para brindar una calidad de vida hasta el momento del fallecimiento.

2.2.10. Competencias de los profesionales de enfermería oncológica

Los profesionales de enfermería deben organizar sus intervenciones y cuidados para lo cual deben cumplir con las siguientes competencias:

- Prestar un cuidado especializado, integral y personalizado al paciente oncológico donde se incluya la familia.
- Animar al paciente para que sea autosuficiente en la medida de sus posibilidades suministrándole herramientas para su autocuidado.
- Fomentar en el paciente la adaptación a su nueva realidad promoviendo el crecimiento personal.
- Perseverar en la relación terapéutica y de ayuda al paciente y su entorno familiar.

- Prestar una atención sanitaria manteniendo un seguimiento clínico continuo de los signos, valores y síntomas del paciente, así como el control de medicamentos y tratamientos oncológicos.
- Generar protocolos y vías clínicas.
- Realizar actualizaciones en relación a las últimas tecnologías y procedimientos en los cuidados al paciente oncológico.
- Participar en actividades formativas académicas y comunicacionales.
- Participar en la planificación y aplicación de cuidados paliativos dirigidos a los pacientes oncológicos.
- Respetar los deseos del paciente oncológico, así como sus derechos.
 - Estimular en el paciente sus valores y creencias espirituales como una forma de generar paz, tranquilidad y equilibrio emocional (Prieto & et.al., 2019).

2.2.11. Pacientes oncológicos

Hablar de pacientes oncológicos es hablar de pacientes con cáncer, enfermedad considerada por diferentes organizaciones como terminal y está relacionada con la proliferación de células anormales de una manera descontrolada por todo el organismo, estas células se multiplican conformando tumores por el aglutinamiento de células viejas que no mueren y siguen multiplicándose en células nuevas sin parar, que luego se desprenden de la masa formada diseminándose por todo el cuerpo formando nuevos tumores, el cáncer presenta una alta tasa de mortalidad, por lo que se clasifica como terminal; la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), define como enfermedad terminal, a la enfermedad

que se manifiesta en forma de padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta al tratamiento específico, con síntomas multifactoriales, y pronóstico de vida no mayor a seis meses de gran impacto emocional en el paciente, la familia y equipo que le asiste, así como, una gran demanda de atención y soporte de todos ellos. (Mínguez, 2017, pág. 6)

La morbilidad en los pacientes oncológicos se puede medir, según lo plantea Bonevski y otros autores por la calidad de vida que lleva el paciente, por el grado de satisfacción del paciente y por la valoración que se hacen a sus necesidades. La calidad de vida es medida por las diferentes experiencias vividas durante el proceso del desarrollo de la enfermedad, relacionadas con la percepción que tiene el paciente de la calidad de los cuidados recibidos y el impacto que estos han tenido en la satisfacción de sus necesidades médicas y personales.

Cuando se valora un paciente oncológico es importante hacerlo bajo un enfoque holístico donde se tomen en consideración los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, emocionales y espirituales todos en conjunto orientados a un objetivo central que es la recuperación del paciente y mejorar la calidad de vida durante todo el proceso de la enfermedad (Ayala & Sepulveda, 2017).

2.2.12. Enfermedad oncológica renal

Existen algunos tipos de cáncer que atacan directamente las células renales comprometiendo la capacidad renal de los pacientes, trayendo como consecuencia en sus etapas agudas o críticas la necesidad de un soporte de diálisis. A continuación, se enuncian algunas de las principales oncológicas renales;

Carcinoma de células renales.

Este tipo de cáncer es uno de los más comunes en el cáncer de riñón, se origina con la presencia de células cancerígenas que el revestimiento de los túbulos del riñón. Este representa entre el 2 al 3% de los tumores malignos en adultos, siendo de mayor prevalencia en hombres entre los 40 y 50 años de vida. En los casos de extirpación de ambos riñones o si no están funcionando satisfaciendo las necesidades del paciente este proceso puede requerir de diálisis. Además de los tratamientos específicos de la patología para el manejo sintomático característico de este tipo de cáncer, en las terapias paliativas puede recomendarse el uso de analgésicos o de radioterapia paliativa, “la radioterapia sobre el tumor primario se considera una opción de tratamiento paliativa, es decir, no curativa y se puede considerar en algunos casos con enfermedad localizada al riñón y condiciones médicas desfavorables para someterse a una cirugía” (Anido & González, 2019)

Carcinoma urotelial.

Este tipo de enfermedad representa una de las neoplasias malignas más comunes en los pacientes masculinos con diagnóstico de cáncer de próstata, pulmón o colorectal. Se localiza en algunos casos en el tracto urinario inferior. Por su parte aquellos ubicados en el tracto urinario superior se presentan con menor incidencia. Suele aparecer en grupos etarios de 70 a 80 años con una relación de 3 a 1 de hombres y mujeres. Suele estar asociado al tabaquismo, exposición a sustancias aromáticas y a cálculos infecciosos crónicos (Lambis-Ricardo & et.al., 2015).

Sarcoma de riñón

Este tipo de cáncer es de rara ocurrencia, representando el 1% de las neoplasias malignas de riñón, sin embargo, presenta por lo general un mal pronóstico. Su origen resulta desconocido, pero en los casos de presentarse se manifiesta entre los 50 y 70 años en ambos sexos. La clínica depende por lo general del tamaño de la masa tumoral, siendo el síntoma inicial dolor en la zona afectada. Se asocia a metástasis pulmonar, ganglionar, de hígado y huesos. Su tasa de mortalidad es alta con una esperanza de vida de 2 años (Abad-Licham, 2015).

2.2.13. Pacientes oncológicos e insuficiencia renal

Uno de los tratamientos más comunes en pacientes diagnosticados con enfermedades oncológicas es el tratamiento por quimioterapia. Un aspecto determinante de este tratamiento es que el proceso de eliminación se realiza de manera total o parcial de manera renal, generando en algunos casos daños estructurales insipientes o crónicos. Según explica (Sociedad Española de Oncología, 2019);

El fármaco que se asocia principalmente a la insuficiencia renal aguda es el Cisplatino. Cerca del 35% de los pacientes desarrollan una insuficiencia renal leve y reversible tras el primer ciclo de quimioterapia con cisplatino. La incidencia y severidad puede incrementarse en los ciclos posteriores. Si no se controla de forma adecuada y sobre todo si no se previene su aparición, puede desarrollarse una toxicidad severa que desencadene un fracaso renal agudo,

requiriendo diálisis. Aunque suele recuperarse, puede quedar algún grado de disfunción renal. (s.n)

En ese contexto la Sociedad Española de Nefrología (2019) afirma que en los últimos años se ha observado un incremento de los pacientes oncológicos en los servicios de atención de nefrología. Pese a que en dicha área se había atendido de manera habitual a pacientes con padecimientos oncológicos renales, en la actualidad se ha observado una prevalencia de las consultas por la degeneración renal producto de los fármacos quimioterapéuticos. Según se explica en el mismo estudio, las lesiones a nivel renal pueden ser consecuencia de algunos mecanismos, como los enunciados a continuación;

- Infiltración tumoral causando daño renal
- Producción de sustancias nefrotóxicas
- Consecuencias terapéuticas
- Pacientes oncológicos con tumores malignos propensos a derivar en enfermedad multiorgánica (Metástasis avanzada)
- Carcinomas de células renales que derivan en la pérdida de masa renal, hiperfiltración e isquemia.

Otro estudio desarrollado en ese contexto es el de (Francisco & et.al., 2019) en el que se explica que existe una relación entre el cáncer y la función renal debido a las múltiples vías de interacción que pueden generar insuficiencia renal aguda o crónica, nefropatías glomerulares o trastornos hidro electrolíticos, en ese contexto explican;

Muchos cánceres afectan a la función renal. Algunos directamente como el mieloma, por infiltración del parénquima renal en leucemias y linfomas, por

obstrucción o glomerulopatías secundarias. Otros indirectamente por hipovolemia (vómitos, diarrea, ascitis..), sepsis, insuficiencia cardiaca o trastornos metabólicos como la hipercalcemia. Es importante considerar, especialmente en el paciente oncológico, que el efecto combinado con otras drogas potencialmente nefrotóxicas, como por ejemplo el contraste yodado, aumenta el riesgo de daño renal. (s.n)

2.2.14. Tratamientos oncológicos y sus efectos secundarios

En la actualidad no existe un fármaco para prevenir el cáncer, ni tampoco un tratamiento farmacológico que sea cien por ciento efectivo en la curación o en su prevención, a pesar de ser una enfermedad con muchos años de antigüedad y miles de dólares dedicados a su investigación, como lo a señalado la *American Society of Clinical Oncology (ASCO)* que cada año los investigadores que liderizan el campo de la oncología están buscando tratamientos dirigidos a la prevención y al tratamiento del cáncer así como la atención brindada al paciente oncológico, aunque se han logrado muchos avances aún falta un medicamento que sea totalmente efectivo.

Quimioterapia

La quimioterapia es uno de los fármacos citostático o citotóxico más aplicados para el tratamiento de los pacientes con cáncer está dirigido a detener y controlar el proceso de duplicación descontrolada de células nuevas en el organismo, si estas células son anormales y no se detiene su reproducción se forman los tumores. La quimioterapia es un compuesto químico con inhibidores de la angiogénesis, diseñado para detener el proceso de reproducción celular afectando directamente a las células tumorales

impidiendo que completen el ciclo de reproducción celular, pero este químico también puede afectar las células normales.

La quimioterapia se administra por:

- Vía oral en forma de líquido o de pastilla, guardando todas las medidas de seguridad,
- Inyección colocada por la personal salud especializado en la pierna, en el brazo o en el abdomen,
- Vía intravenosa utilizando un catéter que se coloca en la vena,
- Catéter colocado directamente en el tumor,
- Frotamiento en la piel del fármaco es conocida como quimioterapia tópica (American Society of Clinical Oncology, 2020)

Efectos secundarios de la quimioterapia

- Náuseas y vómitos: se presentan a pocas horas de aplicar la quimioterapia y pueden llegar a durar días.
- Pérdida de cabello: es un efecto de algunas quimioterapias que causa la caída del cabello de la cabeza y del vello de las cejas, axilas, genitales, extremidades y cara, pero al finalizar el tratamiento vuelve a crecer.
- Bajo recuento de las células sanguíneas: la médula ósea se ve afectada en la producción de glóbulos rojos encargados de llevar oxígeno al organismo, de glóbulos blanco encargados de combatir las infecciones y de las plaquetas que evitan el sangrado al producir la coagulación, por lo que deben controlar sus valores periódicamente.

- Afecciones bucales: como aparición de llagas a nivel de la garganta y cavidad bucal.
- Alteraciones en la piel: algunas personas presentan reacciones en la piel como picazón, enrojecimiento, resequedad, descamación.
- Alteraciones en la vida sexual: algunas personas sufren de una disminución de la lívido o incluso dejan de tener deseos sexuales por largo tiempo.
- Alteraciones psicológicas: debido a situación estresante a la cual se enfrenta el paciente con cáncer se generan estados de depresión, ansiedad, temor, angustia o tristeza que afecta su estado emocional (American Society of Clinical Oncology, 2020)

Tabla 3 Efectos de la quimioterapia se presentan el siguiente cuadro

Efecto secundario	Signo y síntoma
Déficit cognitivo	Alteraciones del comportamiento. Pérdida de memoria, alteraciones de concentración y atención. Demencia
Pérdida de visión	Pérdida progresiva de agudeza visual, cataratas
Alteraciones en las glándulas lacrimales	Disminución de la producción de lágrimas: ojo seco, irritado. Fibrosis del conducto lacrimal: lagrimeo
Pérdida de audición	Pérdida de audición de frecuencias altas bilateral
Fibrosis o cirrosis hepática	Ictericia, alteraciones de coagulación, varices esofágicas, encefalopatía
Cardiomiopatía	Fatiga, tos, disnea de esfuerzo, edemas en extremidades
Fibrosis pulmonar	Fatiga, tos, disnea de esfuerzo, mala tolerancia al ejercicio
Insuficiencia renal	Fatiga, anemia, disminución de orina, edemas
Osteonecrosis	Dolor en articulación afectada
Osteopenia	Fracturas, dolor

Fuente: Basado en (Blasco & Caballero, 2019)

Radioterapia

La radioterapia se basa en la utilización de rayos X o en un haz externo de protones que irradia la zona del cuerpo afectada con el tumor cancerígeno con un acelerador lineal sin afectar las zonas próximas. La radioterapia puede ser externa o interna; la externa puede ser: radioterapia conformacional tridimensional, de intensidad modulada, guiada por imágenes o estereotáctica y terapia con haz de protones. La radioterapia interna o braquiterapia puede ser de implantes permanentes o radioterapia interna temporal. Además de estas existen otros tipos de radioterapia como: la intraoperatoria, la sistémica y la radio inmunoterapia (American Society of Clinical Oncology, 2018)

Efectos secundarios de la radioterapia

Dependiendo de la dosis y la zona irradiada así serán los efectos secundarios que el paciente experimente. Las radiaciones dañan los tejidos de la zona irradiada causando reacciones comunes como: enrojecimiento, prurito, descamación o inflamación en la piel, fatiga, cambios del estado de ánimo. En el siguiente cuadro se presentan las zonas del cuerpo y sus efectos.

Tabla 4 *Efectos secundarios de la radioterapia*

Parte del cuerpo irradiada	Efectos secundarios
Cabeza	Pérdida de cabello, cefaleas, irritación en el cuero cabelludo, cansancio, visión borrosa, problemas dentales.
Mamas	Irritación en la piel, prurito, aumento de sensibilidad en la zona mamaria. Cansancio.
Cuello	Disfagia, mucositis, alteración en la percepción de sabores, resequeidad bucal, disminución de la actividad toroidal, esofagitis, problemas dentales.

Pelvis	Alteración en el sistema urinario, náuseas, diarrea, vómitos, problemas de fecundidad y lívido, pérdida de cabello
Toras	Disfagia, dificultad para respirar, mucositis
Recto	Cuadros de diarrea, estreñimiento, problemas sexuales, urinarios y de fecundidad
Abdomen	Molestias en el sistema urinario, náuseas, diarrea y vómitos, problemas sexuales
Extremidades	Flebitis, daño en las uñas

Fuente: autoría propia, basado en el (Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU., 2018)

Inmunoterapias

Es un tratamiento para tratar el cáncer en que se utiliza parte del sistema inmunológico del paciente cambiándolo o reforzándolo para que combata las células cancerígenas o se elaboran en un laboratorio al combinar elementos de la sangre del paciente y combinarlo virus especiales que ataca las células cancerígenas, entre las inmunoterapias se encuentran:

Terapia de células T con CAR

Es una nueva alternativa en el tratamiento de tumores hematológicos que se basa en la inmunoterapia, armando células T citotóxicas de los glóbulos blanco del paciente con “receptor quimérico antigénico” llamado CAR en un laboratorio especializado es una técnica en la cual se realiza “la extracción de sangre del paciente diagnosticado con alguna alteración neoplásica y la posterior separación de linfocitos T de esta. Luego se realiza la transferencia del gen que codifica para la construcción del antígeno quimérico al genoma del linfocito T” (Martínez, Álvarez, & Roldán, 2018, pág. 42).

Efectos secundarios de la terapia con células T con CAR

La aplicación de esta terapia de células T con CAR presenta algunos efectos como son:

- Síndrome de liberación de citocinas como la IL6 que produce inflamaciones en el cuerpo, además la IL2 e interferón; este síndrome genera fatiga, disnea, hipotensión, hipoxia, taquicardia.
- Aplasia de las células B lo que genera una depleción de los linfocitos o células B que son la parte central del sistema inmunológico, por lo que el paciente puede desarrollar infecciones graves.
- Síndrome de lisis tumoral debido al gran número de células muertas que son liberadas que pueden causar insuficiencia renal e incluso la muerte del paciente, además de delirio, convulsiones, afasia y anafilaxia (Martínez, Álvarez, & Roldán, 2018)

Inhibidores de puestos de control inmunitarios

Este tratamiento consiste en un medicamento que “retira los frenos del sistema inmunitario, lo que ayuda a que identifique y ataque a las células cancerosas”. (American Cancer Society, 2020, pág. 3)

Inmunomoduladores

Este tratamiento se centra en la estimulación de la respuesta inmunitaria de algunas partes del sistema inmunitario del paciente con cáncer, el cual está los órganos y tejidos del sistema linfático y por los glóbulos blancos.

Anticuerpos monoclonales

Es un tratamiento que se basa en el uso de proteínas del sistema inmunitario que son elaboradas de forma artificial en los laboratorios para se unan a los glóbulos blancos para atacar una fracción determinada de la célula cancerosa.

Virus oncolíticos

Es un tratamiento que se basa en la modificación de un virus en un laboratorio para que elimine e infecte ciertas células cancerosas (American Cancer Society, 2020)

Efectos secundarios de las inmunoterapias

Los efectos pueden variar de una persona a otra y pueden presentarse durante la aplicación del tratamiento e incluso tiempo después, entre los efectos más comunes son: dolor muscular y en las articulaciones,

- Toxicidad dermatológica: presentando el paciente Rash maculopapular, prurito, dermatitis bullosa, las cuales se manifiestan con estados de irritación, sarpullido en la piel, hinchazón en algunas partes del cuerpo de forma leve, moderada o severa.
- Toxicidad gastrointestinal: se observan episodios de vómitos, diarrea, dolor abdominal, deposiciones con sangre o mucosidad, fiebre, malestar general.
- Toxicidad endocrina: manifestada en alteración de los valores de los marcadores toroidales presentando hipo o hipertiroidismo e incluso pueden desarrollar las pacientes diabetes mellitus tipo 1.

- Toxicidad pulmonar: se pueden presentar cuadros de neumonitis sufriendo el paciente de disnea, falta de aire y tos.
- Toxicidad musculoesquelética: el paciente puede presentar artritis inflamatoria y miositis, experimentando episodios de cefaleas, mialgia y artralgia.
- Toxicidad neurológica: tiene una incidencia baja en los pacientes tratados con inmunoterapia, en algunos casos presenta síndrome de Guillain-Barré, miastenia gravis, neuropatía automática o periférica, encefalitis, meningitis aséptica, entre otras.
- Toxicidad ocular: el paciente experimenta visión borrosa, fobia a la luz, alteración en la percepción de los colores, sequedad ocular, entre otras manifestaciones.
- Toxicidad cardiovascular: el porcentaje de aparición de efectos secundarios es bajo, se puede observar hipo e hiper tensión arterial, pericarditis, miocarditis, arritmias e insuficiencia cardíaca, entre otros efectos (Vidal, Rios, Salom, & Pellicer, 2019).

2.2.15. Sobrevida de los pacientes con cáncer

La sobrevida del paciente con cáncer puede ser vista desde el punto de vista global, la sobrevida global comprende el periodo de tiempo que transcurre desde el momento que la persona es diagnosticada con cáncer que aún están vivos y sobrevida libre de recurrencia es el período de tiempo que transcurre después de haber sido aplicado el tratamiento donde el paciente no presenta signos de la enfermedad en otra parte del cuerpo distinta a la cual se originó, es decir no ha hecho metástasis y aún está vivo (Berru & Flores, 2020)

La sobrevida global en los pacientes diagnosticados con cáncer

puede estar condicionada no solo por la etapa clínica de la enfermedad, sino también por el estatus funcional, tratamiento recibido y la presencia de comorbilidades. Para la determinación de la sobrevida específica en otros tumores, se ha intentado discriminar el riesgo de mortalidad propio a la patología tumoral y aquel relacionado con el estado de comorbilidad presente en ciertos pacientes. (Zurita, 2019, pág. 17)

2.2.16. Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos surgen en 1984 como un movimiento liderado por Cecily Saunders al tratar a enfermos moribundos con cuadros de dolor total, entendiendo como tal el dolor que abarca lo físico, lo emocional, lo social y lo espiritual, resumiendo sus emociones en esta frase “Importas porque eres tú, e importas hasta el último momento de tu vida, y haremos todo lo que podamos para que te sientas mejor y te ayudaremos a mantener tu calidad de vida, y en el final, te apoyaremos y daremos confort en el morir.” (Mínguez, 2017, pág. 8)

Los cuidados paliativos están orientados a los procedimientos que realizan las enfermeras para aliviar los sufrimientos de los pacientes con enfermedades en fase avanzada y de gravedad, donde ya se realizaron todos los procedimientos terapéuticos y ya sin perspectivas de curación. Estos fueron reconocidos como especialidad médica en 1987 bajo el enfoque del “estudio y gestión de los pacientes con enfermedad activa, gradual y ultra-avanzada, para la cual es limitado el pronóstico y la aproximación del cuidado es la calidad de vida”. (Ruiz, 2017, pág. 13) Posteriormente la Organización Mundial de la Salud en el año 1990 los define como;

el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y

problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares. (Ruiz, 2017, pág. 13)

La (Organización Mundial de la Salud, 2020) abarca en su última definición a los adultos y a los niños que padecen de alguna patología terminal, indicando que:

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. (s.n)

La asistencia de los enfermos con cuidados paliativos es un derecho humano, en el cual los pacientes con enfermedades mortales reciben una atención de servicios integrados de salud centrados en el alivio de sus necesidades individuales biológicas, físicas, psicológicas, sociales y espirituales mejorando su calidad de vida y la de sus cuidadores

Los datos estadísticos de la OMS indican que a nivel mundial aproximadamente 40 millones de personas al año requieren de cuidados paliativos y sólo el 14% de esa población es asistida paliativamente, en parte

- Por no contar con personal de salud debidamente entrenado y capacitado para su aplicación,

- Por la falta de recursos económicos de los sistemas de salud destinados a la asistencia paliativa en los centros hospitalarios, a pesar que su aplicación dentro de los mismos, disminuye los gastos hospitalarios innecesarios,
- Por desconocimiento de cuidados paliativos y sus beneficios para los enfermos y hospitales por parte de los gobiernos, de los profesionales de la salud y de la comunidad,
- Por considerarlos que sólo se deben aplicar en los últimos días de vida y no desde el comienzo para mejorar la calidad de vida del paciente terminal,
- Por barreras culturales y sociales relacionadas con la muerte,
- Por creencias que solo deben ser aplicados a pacientes terminales de cáncer dejando por fuera una población de pacientes con otras patologías terminales,
- Por la falta de información en cuanto a la aplicación de sustancias opiáceas para calmar el dolor y el sufrimiento de un paciente (Organización Mundial de la Salud, 2020)

2.2.17. Preceptos que sustentan los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos tienen una serie de principios de base donde se sustenta y buscan valorizar el etnos de los pacientes en relación a sus sentimientos y a su dignidad, como son:

- Valoran tener controlado el dolor en los pacientes con una adecuada administración de medicamentos para mantener en un nivel bajo el dolor.
- Mantienen la vida con calidad y plena, comprendiendo que la muerte es un proceso natural inexorable.

- No posponen la muerte ni tampoco aceleran el proceso natural producto de la enfermedad.
- Complementan los principios espirituales y psicológicos con los cuidados médicos propios del paciente.
- Brindan apoyo al paciente para que viva lo más activamente posible de acuerdo a su condición hasta el último aliento de vida.
- Colaboran con los familiares a enfrentar la enfermedad y el futuro duelo.
- Requieren del trabajo integrado del equipo multidisciplinario que atiende al paciente.
- Mejoran la perceptibilidad del paciente de su condición en busca de una mejor calidad de vida.
- Aplican terapias desde el inicio de la enfermedad buscando prolongar la vida con calidad y menor sufrimiento (Ruiz, 2017)

2.2.18. Características de los cuidados paliativos

Existen una serie de características que diferencian los cuidados paliativos del sistema de atención de enfermería tradicional tal como lo explica (Lozano & et.al., 2017) descritos a continuación;

- En este tipo de asistencia la unidad de cuidado está constituida por el paciente más la familia. Es esencial incluir a la familia completa para conseguir que la atención al paciente sea la mejor posible,
- El equipo de asistencia es multidisciplinar: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes pastorales y personal voluntario,

- Por la situación terminal de enfermedad en la que se encuentran los pacientes que reciben cuidados paliativos, los tratamientos empleados frente al dolor y demás síntomas físicos serán principalmente de intención paliativa. Además, el equipo debe proporcionar el soporte necesario para vencer el estrés psicosocial y aminorar las preocupaciones que afectan a la familia y a la mayoría de los pacientes.
- Casi por definición, por su carácter interdisciplinar y por estar centrada en el paciente, la medicina paliativa es integradora y no supone una exclusión de otros especialistas ni de tratamientos activos que tengan la misma intención paliativa y miren primordialmente por el bienestar del paciente. Por subrayar la novedad o diferencia de los cuidados paliativos en los comienzos, ésta característica integradora ha podido no estar patente. Modernamente, reflejando el mayor interés en las especialidades relacionadas, especialmente en Geriátrica y Oncología, la medicina paliativa se ha incluido en ellas con denominaciones más amplias como “cuidados al final de la vida” o “cuidados continuados en oncología”,
- Los cuidados paliativos suponen donde se implantan un cierto cambio estructural para proporcionar garantías de asistencia paliativa al enfermo terminal en el momento y también en el lugar que se necesite, y con las características habituales en cuidados paliativos: atención global por un equipo interdisciplinar y que siempre incluya a la familia. (p.100)

2.2.19. Cuidados paliativos según la Organización Mundial de la Salud

Esta organización mundial hace recomendaciones en cuanto a la aplicación de los cuidados paliativos, los cuales deben estar orientados a:

- Calmar el dolor junto a otros síntomas que generen angustia.

- Reafirmar la vida y entender la muerte como algo normal.
- No tratar de alargar la vida, ni adelantar la muerte.
- Complementar los aspectos espirituales con los aspectos psicológicos en el cuidado del paciente.
- Apoyar al paciente a llevar una vida activa en la medida de sus posibilidades.
- Apoyar al entorno familiar para enfrentar la enfermedad del familiar y posible fallecimiento.
- Brindar tratamientos que contribuyan a prolongar la vida.
- Brindar apoyo espiritual y acompañamiento emocional tanto al paciente como a su familia (Gobierno de Colombia, 2018).

2.2.20. Cuidados paliativos según el Ministerio de Salud Pública

Con el objeto de estandarizar los procesos establecidos en los cuidados paliativos en el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública ha establecido una Guía Práctica que permite a los profesionales sanitarios diagnosticar y ofrecer tratamientos de forma eficiente y de calidad. Con el fin de considerar los aspectos contenidos en dicha guía se explican a continuación los apartados.

2.2.20.1. Aspectos organizativos.

- Las intervenciones deben basarse en las necesidades del enfermo y de su familia,
- Todos los enfermos deberían tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención,
- Se debe fomentar la formación a profesionales de enfermería para proporcionar cuidados paliativos básicos,

- Los cuidados paliativos deben ser proporcionados por un equipo interdisciplinario (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.2. *Predicción de la supervivencia.*

- Para la estimación de la supervivencia en enfermos con cáncer avanzado, además de la impresión clínica, se recomienda tener en cuenta otros elementos, como la presencia de factores pronósticos, el estado funcional (Karnofski) o la escala pronóstica PaP (Palliative Prognostic Score). Esta última se recomienda en el contexto de unidades especializadas de CP o en oncología, ya que no ha sido validada en otros ámbitos,
- La forma en que se comunica el pronóstico es tan importante como la precisión del mismo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.3. *Información, comunicación y toma de decisiones.*

- Los profesionales sanitarios deberían disponer de las habilidades necesarias para una comunicación efectiva con pacientes y cuidadores, y deberían recibir una formación adecuada al respecto,
- Es importante que los profesionales sanitarios muestren explícitamente su disponibilidad para escuchar e informar,
- Las necesidades de información y las preferencias del enfermo deben valorarse regularmente,
- Las noticias relevantes, como el diagnóstico, no deberían retrasarse, respetando de manera individual los deseos de información de cada paciente (incluido el deseo de no ser informado). Deberían comunicarse de forma sincera, sensible y con margen de esperanza. Este tipo de información ha de proporcionarse en un lugar cómodo, tranquilo, con privacidad y sin interrupciones

- Debería fomentarse la participación de enfermos y cuidadores en la toma de decisiones al final de la vida, a través de profesionales adecuadamente entrenados y respetando el deseo de las personas de no tomar parte en las decisiones
- Si el paciente no es capaz de tomar decisiones, deberían considerarse las siguientes opciones en el orden en el que se presentan: a) Directrices previas, en caso de que las haya. b) Deseos expresados por el paciente y recogidos en su historia clínica, en caso de que los haya. c) Representante legal. d) Familiares a cargo más cercanos.

2.2.20.4. *Principios generales del control de síntomas.*

- La valoración del paciente debe ser interdisciplinar, individualizada y adaptada al enfermo y la familia,
- Los principios de un control efectivo de síntomas incluyen una valoración individualizada y, si fuera posible, el tratamiento de la etiología o mecanismo subyacente a cada síntoma; una evaluación de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles; la elección de la pauta de tratamiento más sencilla, efectiva y cómoda; la información al enfermo y a su familia de las opciones disponibles, y la consideración de sus preferencias,
- La vía de administración preferente debe ser la vía oral. Cuando la vía oral no es posible, se recomienda utilizar la vía subcutánea (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.5. *Tratamiento del dolor.*

- Se recomienda realizar una evaluación integral del dolor considerando el origen etiología, intensidad y repercusión,

- El equipo de profesionales que tratan el dolor en Cuidados Paliativos debe incluir al paciente y su familia en el uso correcto de las medidas analgésicas,
- La administración de analgésicos debería ser pautada. Se debe monitorizar la respuesta al tratamiento y adecuar la dosis de forma individualizada,
- Las terapias alternativas no constituyen un tratamiento de primera línea para el dolor en pacientes en cuidados paliativos,
- Los pacientes con metástasis óseas dolorosas deberían recibir analgesia conforme a la escalera de la OMS
- La radioterapia es el tratamiento de elección en las metástasis óseas dolorosas,
- En los pacientes con metástasis óseas dolorosas y pronóstico superior a seis meses, dependiendo del tipo de tumor y de su extensión, se recomienda el uso de bisfosfonatos (ácido zolendrónico),
- Los radioisótopos no deberían utilizarse como primera línea del tratamiento de las metástasis óseas, aunque podrían ser útiles en casos seleccionados, como pacientes con cáncer de próstata con fracaso del tratamiento hormonal, o cáncer de mama o pulmón con contraindicación de radioterapia, quimioterapia y bisfosfonatos.

2.2.20.6. *Astenia, anorexia-caquexia.*

- La evaluación inicial por parte del equipo ante un paciente con astenia, anorexia-caquexia incluye la identificación y, si es posible, el tratamiento de las causas desencadenantes; el consejo sobre actividades diarias; reposo y sueño adaptados a cada situación, y una exploración de las expectativas y creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores.

- En casos seleccionados en los que la anorexia sea un síntoma predominante, se puede ensayar un tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta los síntomas acompañantes, las interacciones farmacológicas y los posibles efectos secundarios de la medicación.
- En caso de necesidad de tratamiento farmacológico, los corticoides son los fármacos de elección. No se recomienda el uso de hidracina (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.7. *Deshidratación.*

- La vía oral es la vía de elección para el aporte de líquidos; siempre que se pueda, debe evitarse el uso de la vía parenteral.
- La administración de líquidos por vía parenteral requiere una valoración individualizada, sopesando ventajas e inconvenientes. Esta valoración debe incluir las expectativas sobre la administración de fluidos del paciente y su familia.
- Si se opta por la rehidratación parenteral, puede considerarse en primer lugar la vía subcutánea, siempre que se cuente con los medios necesarios y personal preparado.
- En caso de imposibilidad de las vías SC y venosa, puede considerarse el uso de la vía rectal.
- En caso de optar por la rehidratación parenteral fuera del ámbito hospitalario, la vía subcutánea es la primera opción que debe considerarse.

2.2.20.8. *Síntomas respiratorios: Disnea.*

- Deben tratarse de forma específica las causas reversibles de la disnea, como la insuficiencia cardíaca, la exacerbación de la EPOC, las arritmias

cardíacas, la anemia, derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior,

- Medidas no farmacológicas como la rehabilitación pulmonar (con uso de incentivómetro), acompañamiento emocional, y otro acorde al caso; pueden ser de utilidad como adyuvantes en el manejo de la disnea,
- Se recomienda valorar la intensidad del síntoma referido por el paciente.
- En ausencia de evidencia adecuada que permita predecir qué pacientes pueden beneficiarse más del tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea, se recomienda valorar la continuidad del tratamiento según la respuesta individual,
- Los opioides por vía oral o parenteral son fármacos de primera elección en el tratamiento de la disnea,
- No se recomienda el uso de benzodiazepinas para la disnea, salvo en situación de ansiedad o pánico, o en las fases muy avanzadas de la vida como terapia añadida a la morfina (midazolam).
- Los corticoides están indicados en caso de disnea producida por asma, EPOC, obstrucción tumoral de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.9. *Síntomas respiratorios: Tos.*

- Los pacientes con tos en cuidados paliativos precisan una evaluación individualizada para diagnosticar y, en la medida de lo posible, tratar las causas específicas de la tos. En el caso del cáncer pulmonar debería valorarse la quimioterapia paliativa.

- Para la elección de fármacos, se recomienda valorar otros síntomas acompañantes (dolor, disnea), el uso previo de opioides, posibles interacciones farmacológicas y la vía de administración.
- Como fármaco inicial, puede utilizarse codeína.
- En caso de precisar tratamiento para la tos debida a la EPOC, puede utilizarse codeína (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.10. Síntomas respiratorios: Obstrucción de la vena superior.

- Los pacientes con OVCS pueden ser tratados con corticoides, radioterapia, quimioterapia o implantación de stents, en función de su estado general, el tipo histológico de tumor y su extensión, y la disponibilidad de las técnicas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.11. Síntomas psicológicos psiquiátricos: Delirium.

- La atención inicial al paciente con delirium debería incluir la identificación y tratamiento de las causas desencadenantes, con especial atención al consumo de determinados fármacos (opioides); la información adecuada a los familiares y cuidadores, y la valoración de la necesidad del tratamiento sintomático farmacológico.
- Haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium.
- Se puede añadir alprazolam a haloperidol en caso de delirium con ansiedad o agitación.
- En el delirium con agitación intensa no controlada, se puede utilizar levomepromazina o, alternativamente midazolam.
- La hidratación por vía subcutánea puede utilizarse en caso de sospecha de delirium producido por opioides en pacientes deshidratados.

- Se recomienda reservar la utilización de antipsicóticos atípicos para casos seleccionados en los que haloperidol está contraindicado o no se tolera. En situaciones como las demencias con cuerpos de Lewy o en enfermos de Parkinson, en las que no se recomienda el uso de haloperidol o risperidona, puede ser necesario recurrir a otros antipsicóticos, como quetiapina (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.12. Síntomas psicológicos psiquiátricos: Insomnio.

- La valoración de un paciente con insomnio debería realizarse mediante una entrevista semiestructurada dirigida a evaluar los factores relacionados con el insomnio: factores que predisponen, higiene del sueño, control de síntomas, efectos secundarios de la medicación y expectativas del paciente respecto al sueño.
- Siempre que sea posible, se deben intentar corregir los factores que predisponen al insomnio o lo desencadenan.
- Se recomienda el abordaje inicial mediante una estrategia cognitivo-conductual en todos los pacientes con insomnio.
- Se recomienda prescribir una benzodiazepina a los pacientes que no respondan bien al tratamiento no farmacológico o que no puedan esperar a la aplicación del mismo.
- En los casos de depresión asociada o ante la falta de respuesta a las benzodiazepinas, pueden utilizarse los antidepresivos con acción sedante para el tratamiento del insomnio (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.13. Síntomas psicológicos psiquiátricos: Ansiedad.

- El tratamiento de la ansiedad requiere una evaluación individual del paciente en FFV que incluya las posibles causas desencadenantes, su estado adaptativo, estadio de la enfermedad, los tratamientos asociados y las preferencias del paciente.
- Las medidas de apoyo psicológico al enfermo y sus allegados son la primera medida que debe proporcionarse tras la valoración individual.
- Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no es suficiente. Pueden utilizarse BZD, preferentemente las de acción corta o intermedia.
- En caso de ansiedad asociada a depresión, delirium, disnea o dolor intenso, pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos, haloperidol u opioides, respectivamente (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.14. Síntomas psicológicos psiquiátricos: Depresión.

- La evaluación inicial del paciente deprimido en cuidado paliativo comprende: identificación y abordaje de causas potencialmente tratables, valoración de los efectos adversos y las interacciones de los tratamientos farmacológicos previos y estimación del posible riesgo de suicidio.
- La terapia inicial del paciente deprimido en cuidado paliativo comprende intervenciones estructuradas psicosociales, incluida la psicoterapia por el personal del equipo que le atiende y, si el caso lo requiere, por personal especializado dentro de un programa estructurado.
- En caso necesario pueden utilizarse fármacos antidepresivos (ISRS o tricíclicos), teniendo en cuenta sus propiedades farmacológicas, otros fármacos que recibe el paciente y su perfil de síntomas en cada momento (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.15. Síntomas digestivos: *Mucositis*.

- La indicación del tratamiento farmacológico preventivo debe realizarse de acuerdo con el riesgo de desarrollar mucositis, riesgo basado en la situación clínica y en la modalidad y dosificación del tratamiento (radioterapia o quimioterapia).
- La prevención mediante fármacos o medidas locales (enzimas hidrolíticas, hielo picado, sulfato de zinc) o parenterales (amifostina) puede realizarse en casos seleccionados.
- No hay evidencia suficiente para recomendar el tratamiento de la mucositis con enjuagues de alopurinol, factores estimulantes del crecimiento de granulocitos o inmunoglobulinas, por lo que la base del tratamiento es la higiene cuidadosa de la boca y la analgesia.
- La analgesia controlada por el paciente puede utilizarse para disminuir la dosis de morfina en el tratamiento del dolor por la mucositis (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.16. Síntomas digestivos: *Boca Seca (xerostomía)*.

- En los pacientes con xerostomía, además de la higiene de la boca, se pueden utilizar estimulantes de la salivación, hielo, saliva artificial y frutas (como la piña).
- Evitar los alimentos secos, las especias fuertes como pimienta, pimentón; los sabores ácidos, amargos, muy dulces o muy salados. Elegir alimentos de consistencia blanda como el puré de papa, la papaya, miel, salvia. Se recomienda el uso de sorbete para facilitar la ingesta de líquidos. Enjuagar la boca con miel diluida en agua o con infusiones de tomillo, salvia, manzanilla, bicarbonato. Ofrecer pequeños sorbos de agua frecuentemente

en el día. Tabletas de vitamina C efervescente, media tableta de 500 mg, 4 v/día. Un enjuague muy útil en la sequedad bucal y halitosis se hace mezclando un litro de agua de menta, una cucharadita de bicarbonato y una de sal. Una receta magistral de saliva artificial: metilcelulosa 10 g y esencia de limón 0,2 ml en 1 litro de agua (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.17. Síntomas digestivos: *Candidiasis*.

- La candidiasis no relacionada directamente con radioterapia o quimioterapia puede ser tratada en primer lugar con antifúngicos tópicos y, en caso necesario, con antifúngicos orales (fluconazol, itraconazol).
- En los pacientes oncológicos con candidiasis oral tras tratamiento inmunosupresor, puede utilizarse el tratamiento con fluconazol.

En los pacientes oncológicos con neutropenia o alto riesgo de padecerla que van a recibir tratamientos con quimioterapia y radioterapia, los antifúngicos que se absorben en el tracto gastrointestinal totalmente (fluconazol, itraconazol) son el tratamiento de elección en la prevención de la candidiasis oral (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.18. Síntomas digestivos: *Disfagia*.

- El tratamiento de la disfagia requiere una valoración individualizada para identificar y, si es posible, tratar las diferentes causas implicadas.
- La dieta debe adaptarse a las características clínicas de la disfagia. Se recomienda una dieta blanda, de acuerdo al gusto del paciente. En el caso de disfagia a líquidos se pueden utilizar espesantes.
- En caso de disfagia obstructiva por invasión tumoral se puede ensayar un ciclo corto de corticoides.

- En caso de disfagia grave que no responde al tratamiento y que impide la alimentación oral, el equipo, el paciente y sus cuidadores pueden decidir el uso de sonda nasogástrica o la realización de ostomías (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.19. Síntomas digestivos: Náuseas y vómitos.

- El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente requiere una valoración cuidadosa de la etiología y los factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.
- Se aconseja iniciar el día con alimentos secos como tostadas o galletas de sal. Preferir dieta blanda, fraccionada, con bajo contenido en grasas. Evitar la leche entera, jugos de frutas ácidas y condimentar con vinagre. No mezclar platos calientes y fríos. Evitar canela, menta, hinojo, tomillo, albahaca, laurel y jengibre. No beber durante las comidas y terminar con infusiones de manzanilla, menta, anís o hierba luisa. Enjuague de boca para eliminar sabores y olores desagradables, inmediatamente luego del vómito, al igual que el cambio de ropa y aseo de la semiluna o recipiente que se usó para contenerlo.
- En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de la náusea y vómito debería basarse en el riesgo de emesis.
- En los vómitos inducidos por quimioterapia con moderado o bajo riesgo de emesis, se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT₃ (como ondansetrón) y corticoides.

- En los vómitos inducidos por quimioterapia con alto riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3 y corticoides.
- En los vómitos irruptivos tras el tratamiento con quimioterapia o radioterapia pueden utilizarse los corticoides, metoclopramida o combinaciones de corticoides con metoclopramida, dependiendo de la intensidad de los síntomas.
- Metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náusea y vómito sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de 5HT3 pueden añadirse a la terapia convencional en caso de escaso control de síntomas.
- En el vómito anticipatorio puede utilizarse la psicoterapia mediante técnicas conductuales. Alprazolam puede utilizarse como terapia añadida al consejo y a la psicoterapia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.20. Síntomas digestivos: Estreñimiento.

- Antes de prescribir un tratamiento con laxantes es necesario descartar la presencia de fecalomas.
- Se recomienda el uso de laxantes (senna, lactulosa sola o asociada a senna, polietilenglicol) junto a una dieta adecuada (fibra e hidratación suficiente) y ejercicio adaptado.
- La prescripción de opioides debe acompañarse de medidas preventivas para el estreñimiento, incluidos los laxantes.
- En el caso de impactación fecal, se realiza extracción manual y puede utilizarse laxantes por vía rectal (supositorios o enemas) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.21. Síntomas digestivos: *Diarrea.*

- El tratamiento de la diarrea en cuidados paliativos requiere la identificación de posibles causas corregibles, la valoración del grado en función del ritmo de las deposiciones y la afectación del estado general, y un tratamiento inicial con dieta y aporte de líquidos adecuados.
- Loperamida está indicado cuando persista la diarrea de origen no infeccioso, incluidos los estadios 1 y 2 producidos por quimioterapia o radioterapia.
- Loperamida está indicado hasta conseguir 12 horas sin deposiciones. En el caso de la radioterapia, está indicado durante el tiempo que dure el tratamiento (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.22. Síntomas digestivos: *Obstrucción intestinal.*

- Los pacientes con OIM requieren una valoración individual que tenga en cuenta su situación funcional, incluidas las contraindicaciones quirúrgicas; la localización de la obstrucción; sus preferencias; la disponibilidad de las técnicas quirúrgicas o endoscópicas, y la experiencia con ellas en el medio donde se trata al paciente.
- La cirugía y la colocación endoscópica de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA/ stents) pueden utilizarse en pacientes con OIM seleccionados.
- El tratamiento médico de la obstrucción intestinal debe incluir analgésicos, antieméticos y antiseoretos. Pueden utilizarse, como terapia añadida corticoides y butilescopolamina (N-butilbromuro de hioscina) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.23. *Síntomas digestivos: Ascitis.*

- En caso de ascitis maligna que precise tratamiento sintomático puede utilizarse la paracentesis.
- Puede plantearse el tratamiento con diuréticos en casos muy seleccionados en los que se sospeche presencia de niveles de renina elevados, y en ascitis por cirrosis avanzada.
- Las derivaciones peritoneo venosas deben plantearse en casos seleccionados tras el fracaso de las medidas anteriores (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.24. *Síntomas digestivos: Hipo.*

- El tratamiento del paciente con hipo persistente o intratable requiere una valoración cuidadosa y el tratamiento de las posibles causas. En caso de persistir el hipo, se debe intentar un tratamiento con medidas físicas.
- En caso necesario, puede usarse un tratamiento farmacológico (metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina), teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso.
- En caso de hipo intratable, y tras el fracaso de la terapia por vía oral, puede utilizarse midazolam parenteral (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.25. *Cuidados de la piel: Prevención y tratamientos de las úlceras.*

- Las medidas de prevención de las UPP son: cambios posturales, adecuada nutrición, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza e hidratación.
- Se recomienda utilizar superficies especiales de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP.

- Se recomienda elegir el tipo de apósito en función del estadio y las características de la úlcera, de los objetivos y de la preferencia del paciente.
- Puede utilizarse metronidazol por vía tópica para disminuir el olor en úlceras neoplásicas.
- Puede utilizarse miltefosina en solución tópica al 6% para frenar la evolución de las úlceras neoplásicas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.26. *Cuidados de la piel: Prurito.*

- El manejo inicial de la persona con prurito consiste en identificar y, si es posible, tratar específicamente las causas subyacentes, con especial hincapié en los fármacos. Deben evitarse los factores agravantes, como el alcohol, las comidas picantes, el calor, el uso de ropa ajustada, la utilización de jabones con detergentes, etc.
- Deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado.
- En caso necesario, se administrarán tratamientos farmacológicos según el origen del prurito (opioides, urémico, colestasis, paraneoplásico, piel seca) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.27. *Sistemas urinarios: Tenesmo vesical.*

- En ausencia de evidencia sobre cuál es el mejor tratamiento del tenesmo vesical en CP, pueden utilizarse fármacos anticolinérgicos, antiespasmódicos, AINE, corticoides y anestésicos locales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.28. *Urgencias: Hipercalcemia.*

- Debe considerarse la posibilidad de hipercalcemia en pacientes en cuidados paliativos con empeoramiento de su estado general sin una causa clara que lo explique.
- El tratamiento de elección de la hipercalcemia grave es la hidratación junto con fármacos hipocalcemiantes.
- Los bisfosfonatos por vía IV son los fármacos de elección en la hipercalcemia aguda; se recomiendan dosis altas de aminobisfosfonatos potentes (como ácido zolendrónico).
- Los corticoides pueden utilizarse en tumores hematológicos o en pacientes con hipervitaminosis D debida a granulomatosis (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.29. *Urgencias: Compresión medular.*

- Ante la sospecha clínica de CMM debe solicitarse una RMN para confirmar el diagnóstico.
- La sospecha de CMM requiere la derivación urgente del paciente para realizar un estudio y tratamiento apropiados.
- Ante un paciente con CMM debe realizarse una valoración individual que incluya nivel y número de compresiones espinales, tipo de tumor y extensión, pronóstico vital y funcional, grado de afectación neurológica, preferencias del paciente y disponibilidad de tratamiento con radioterapia y cirugía.
- El tratamiento debe llevarse a cabo lo antes posible.
- Se recomienda administrar corticoides a dosis altas, tanto en el tratamiento con radioterapia como con cirugía.

- La radioterapia como único tratamiento es preferible en caso de contraindicación de la cirugía, tumores radiosensibles, paraplejía establecida, compresiones a varios niveles, fracaso de la cirugía o deseo del paciente.
- La cirugía combinada con la radioterapia es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados con pronóstico vital superior a tres meses.

2.2.20.30. Urgencias: Crisis convulsivas.

- El manejo inicial de un paciente con crisis convulsivas en CP debe incluir la identificación y el tratamiento de las posibles causas desencadenantes e instrucciones a los cuidadores del paciente, incluida la posibilidad de administración de medicación anticonvulsivante.
- El estatus epiléptico es una emergencia médica que requiere una derivación urgente hospitalaria.
- El tratamiento inicial de la crisis convulsiva es diazepam IV o rectal. La opción alternativa es midazolam subcutáneo.
- En caso de precisarse tratamiento para prevenir nuevas crisis, la elección del tratamiento tiene que realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta los tipos de crisis; la experiencia de uso; los efectos secundarios; y la posibilidad de interacciones farmacológicas, incluida la quimioterapia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.31. Urgencias: Hemorragia.

- Se debe advertir y preparar a los cuidadores de los pacientes de riesgo sobre la posibilidad de un sangrado masivo.

- Es necesario ofrecer disponibilidad de atención urgente con la mayor cobertura horaria posible, incluido un teléfono de contacto directo para el caso de sangrado masivo.
- Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes: a) Disponer en la cabecera del paciente una lavacara y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia, absorber y disimular la sangre. b) Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento. c) Preparar una jeringa con midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea se facilitará el procedimiento si se tiene insertada previamente una mariposa o catlon SC, el midazolam podría repetirse en caso necesario (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.32. Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en la fase final de vida.

- Debe valorarse de forma regular el bienestar psicosocial de los pacientes con enfermedades amenazantes para la vida.
- La evaluación psicosocial del paciente en CP debería incluir los siguientes campos: aspectos relativos al momento vital, significado e impacto de la enfermedad, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, relaciones (tipo de familia, amigos, etc.), fuentes de estrés (dificultades económicas, problemas familiares, etc.), recursos espirituales, circunstancias económicas, relación médico-paciente, red de recursos sociales (centros sociosanitarios, trabajadores sociales, etc.).

- Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en CP deberían ofrecerles un soporte emocional básico.
- Los pacientes con niveles significativos de sufrimiento psicológico deberían ser derivados para recibir apoyo psicológico especializado.
- Se debería promover la formación de los profesionales sanitarios en técnicas de apoyo psicosocial.
- El aumento de la concienciación y el establecimiento de unos objetivos comunes son el primer paso para establecer puentes entre trabajadores sanitarios y sociales de los ámbitos hospitalario y comunitario. Es necesario fortalecer las redes de apoyo y potenciar el trabajo en red de los trabajadores de la salud.
- El equipo que atiende a una persona en CP debería tener en cuenta sus creencias y necesidades espirituales.
- En ausencia de evidencia apropiada sobre cuál es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual, se recomienda ofrecer dicho apoyo como parte integral de los cuidados, cualquiera que sea el contexto de atención, y con un enfoque basado en los principios de la comunicación efectiva.
- Es importante considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad, sin que ello justifique la falta de atención a estos aspectos en personas que pertenecen a grupos culturales distintos al nuestro (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.33. Apoyo psicosocial a la familia.

- Debe ofrecerse a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información.
- Se recomienda ofrecer un soporte emocional básico a los cuidadores.

- La planificación de servicios para los cuidadores debería incluir las siguientes premisas: a) Los servicios deben estar centrados en las necesidades de los cuidadores. b) La accesibilidad y aceptabilidad debe valorarse al inicio. c) Los objetivos deben ser claros y modestos. d) Los resultados deberían ser evaluados.
- Se recomienda identificar a los cuidadores más vulnerables o deprimidos con el objeto de ofrecerles un apoyo psicosocial intensivo o servicios especializados (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.34. Atención en los últimos días.

- La atención adecuada en los últimos días de la vida debería incluir: a) Informar a la familia y a los cuidadores acerca de la situación de muerte cercana y, en general, proporcionar la información necesaria y adecuada a sus necesidades. b) Explicar y consensuar el plan de cuidados con el paciente y su familia. c) Valorar la medicación que toma el paciente, suspendiendo los fármacos no esenciales previa explicación de los motivos. d) Tratar los síntomas que producen sufrimiento. Los fármacos necesarios deben estar disponibles si el paciente está en el domicilio. e) Interrumpir intervenciones o pruebas innecesarias o fútiles, según los deseos del paciente. f) Valorar las necesidades psicológicas, religiosas y espirituales del paciente, su familia y sus cuidadores. g) Facilitar la atención en un ambiente tranquilo, respetando la intimidad y facilitando la proximidad de familiares y amigos. h) Facilitar las vías y los recursos necesarios tanto para la hospitalización como para la atención a domicilio.

- Se recomienda tratar los estertores premortem mediante el uso de butilescopolamina (N-butilbromuro de hioscina) vía SC (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.35. *Sedación paliativa.*

- El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere: a) Una indicación terapéutica correcta efectuada por un médico (existencia de un síntoma o sufrimiento físico o psíquico refractario en el final de la vida del enfermo) y, si fuera posible, validada por otro médico. b) Profesionales con una información clara y completa del proceso, con registro en la historia clínica. c) Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado. d) El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente.
- La correcta prescripción de la sedación paliativa en la agonía requiere: a) Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida. b) La presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario. c) Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones.
- El consentimiento verbal se considera suficiente, si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Siempre debe quedar constancia del mismo en la historia clínica. En el paciente no competente, el consentimiento se debe realizar en el siguiente orden: a) Primero, existen Decisiones Anticipadas. b) En ausencia de Decisiones Anticipadas, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con la familia o los allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados. c) En ausencia de b), se recomienda pactar la sedación con la familia.

- Se recomienda la utilización de midazolam como primera opción para la sedación para la mayoría de los síntomas, y levomepromazina cuando el delirium es el síntoma predominante. D Se recomienda monitorizar el nivel de sedación del paciente, utilizando para ello la escala de Ramsay (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.20.36. Duelo.

- La identificación del riesgo de duelo complicado debería realizarse sobre la base de lo siguiente: a) Los factores de riesgo. b) El juicio clínico. c) La información acerca del entorno familiar (familiograma) o procedente de este. Se requieren estudios que valoren adecuadamente la validez de las escalas disponibles (como el Index Risk de Parkes y Weiss).
- No se recomiendan las intervenciones formales o estructuradas en el duelo normal.
- En el duelo normal, se recomienda proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, y apoyo emocional básico.
- En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas.
- Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría, etc.) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada.
- Los profesionales que atienden a los pacientes en la FFV y a sus familiares deberían tener acceso a una formación elemental en duelo que les capacite para proporcionar cuidados básicos a los dolientes, comprender y explorar sus necesidades, valorar los factores de riesgo, y detectar a las personas

con duelo complicado y derivarlas a un servicio especializado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.2.21. Rol de enfermería en los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos aplicados a los pacientes oncológicos implican que los profesionales de enfermería desarrollen habilidades y destrezas comunicacionales y sociales, además de conocimientos de psicología, de creencias religiosas, lo que implica para este personal una sobre carga emocional y psicológica al tener que servir de apoyo al paciente y sus familiares.

El cuidado de enfermería implica, la comprensión global de las necesidades de los pacientes, identificar los factores que inciden en su problemática, socioeconómica, psicológica y familiar, para brindar momentos de compañía, distracción a los pacientes, realizar seguimiento para que no abandonen el tratamiento, organizar eventos para cubrir ciertas necesidades, apoyo al momento de la enfermedad: en el diagnóstico, durante el tratamiento y en sus posibles complicaciones en recaídas, etapa paliativa hasta el final de la vida para reducir el impacto. (Encalada, 2017, pág. 31)

A pesar que la aplicación de los cuidados paliativos es una labor multidisciplinaria, el personal de enfermería juega uno de los principales roles en el cuidado del paciente con cáncer u otras enfermedades potencialmente mortales, por contar con la experiencia y habilidades para brindar al paciente y sus familiares próximos una atención biopsicosocial integral, aspectos que debe dominar un trabajador de la salud que preste servicios de cuidados paliativos. El personal de enfermería tiene como funciones de desempeño estar presente en las diferentes etapas

de una enfermedad, empezando en el diagnóstico, pasando por atención y tratamiento, hasta la recuperación o muerte del paciente en caso de enfermedades terminales.

se puede decir que los conocimientos empíricos de las profesionales de enfermería ayudan a satisfacer las necesidades del paciente de cuidado paliativo, mejorando su calidad de vida y brindando un buen morir definiéndolo “como aquella que es libre de estrés y sufrimiento para el paciente y la familia, lo que va en concordancia con los deseos del paciente y es consistente con los estándares éticos, clínicos y culturales (Escobar & et.al., 2020, pág. 328)

Las enfermeras que practican la asistencia paliativa establecen relaciones humanas con sus pacientes al cuidarlos, reconocen cuando el enfermo está en su etapa final, entienden su sufrimiento y el de los familiares, esta percepción es fundamental para entender la aplicación de los cuidados paliativos y su responsabilidad como profesional y como persona.

En el proceso de enfermedad y muerte del paciente es fundamental que el personal de enfermería desarrolle una buena comunicación con el paciente y su familia por ser una parte importante de un cuidado humanizado por ser una vía donde las enfermeras comparten emociones y sentimientos, además de brindar apoyo con sus palabras.

Los profesionales de enfermería paliativa deben realizar evaluaciones continuas de los signos vitales del paciente y del nivel de dolor como consecuencia del cáncer, verificando la dosis terapéutica indicada del analgésico y de ser preciso aumentarla con la finalidad de disminuir el dolor y el sufrimiento del paciente, todo con el objetivo de mejorar la calidad de vida, además debe ser empática con el

sufrimiento de la familia en el proceso de convalecencia y pérdida del familiar, ayudándolos a enfrentar la enfermedad y preparándolos para la pérdida del ser querido (Silva & et.al., 2018).

Montealegre citado por (Mínguez, 2017) hace referencia al rol del personal de enfermería en bajo la figura de hospitalización paliativa, entre las que destaca:

Medición del dolor, administración oportuna de analgésicos y reconocimiento temprano de los efectos adversos, intervención directa en los diferentes procedimientos para alivio del mismo, información rápida de las complicaciones y su evaluación e incidencia de este en su vida personal, familiar y social así, cuando la muerte esté cercana, se avisará a los familiares, estos momentos son preciosos para aprovecharlos al máximo, por lo que se debe facilitar que estén con su familiar y se despidan. Se les debe informar de lo que va ocurriendo y de la aparición de síntomas previsibles, así como responder a sus preguntas y explicarles que la muerte puede sobrevenir en cualquier momento y ésta será independiente de la medicación que se administre, para evitar los tabúes de que adelantamos su muerte, o en caso de que coincida con la administración por parte de un familiar de algún tratamiento, evitar los sentimientos de culpa. (p. 12)

En el caso de los pacientes oncológicos el rol de los profesionales de enfermería toma una importancia significativa debido a que estos son los que establecen una relación directa con cada paciente y sus familiares, dicha atención se sustenta en el establecimiento de una red de apoyo, acompañamiento, cuidados para aliviar el dolor, soporte y suplencia general para suplir las necesidades de autocuidado y mejor la calidad de vida de cada paciente.

Resulta de tal importancia este rol a nivel de los profesionales de enfermería que según explica (Moscoso, 2017) es considerado una especialización que se sustenta en el desarrollo de habilidades del pensamiento crítico y las prácticas basadas en evidencia, conocimientos técnicos que deben ser desarrollos a la par de capacidades psicosociales, comunicativas y psicosociales que permitan tomar decisiones sobre la intervención a practicar según las necesidades de cada paciente.

2.2.22. Cuidados paliativos a pacientes oncológicos

Los pacientes con cáncer están en la mayoría de los casos estigmatizado como alguien dependiente cien por cien de la atención de familiares, es considerado como alguien incapaz de tomar sus propias decisiones de vida y de muerte, con los cuidados paliativos el paciente es considerado como una persona individual, autónoma y con capacidad de asumir sus decisiones en cuanto a acciones terapéuticas y perspectiva de vida.

El cuidado paliativo emerge como alternativa en estos casos, dónde aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, tiene repercusiones a nivel de la humanización del servicio desde prácticas que apunten a disminuir problemáticas espirituales, psicosociales y físicas en los servicios oncológicos hospitalarios y dónde la psicooncología cobra un papel fundamental (Jiménez & et.al., 2019, pág. 440)

Este tipo de cuidados surgen en los pacientes oncológicos en el último año de vida, siendo este periodo donde emergen la mayoría de las dolencias y malestares, sin embargo, según explica (Zuñiga, 2014) la incorporación de este tipo de pacientes a los cuidados paliativos de manera temprana durante el transcurso de la enfermedad puede

contribuir en la disminución de las dolencias, mejor calidad de vida, mayor tasa de supervivencia y menor tasa de hospitalización.

Los cuidados paliativos médicos y espirituales de un paciente oncológico deben estar orientados a;

- Practicar una anamnesis y una exploración completa del paciente para delimitar los cuidados paliativos que van a ser aplicados,
- Suministrar apoyo psicológico, informativo y comunicacional al paciente y su familia,
- Valorar las medidas farmacológicas y no farmacológicas acordes con el grado de la enfermedad,
- Valorar técnicas paliativas para el alivio del dolor al igual que de otras sintomatologías propias de la enfermedad o de complicaciones subyacentes,
- Vincular la situación específica del paciente con la dosificación de los opiáceos, atendiendo los estándares establecidos clínica y legalmente.
- Ayudar al paciente a desarrollar actividades que le permitan sobrellevar la enfermedad realizando actividades que le brinde bienestar, emociones positivas y eleven su autoestima,
- Apoyar al paciente en los diferentes aspectos psicológicos para enfrentar la muerte como algo natural, aceptándola como un hecho próximo e inevitable ante su condición,
- Atender las necesidades espirituales del paciente para prepararlo a su muerte y generando sensación de bienestar y tranquilidad durante todo el proceso, siempre respetando sus creencias sin distinción de credo,

- Ayudarlo a liberarse de culpas por errores cometidos durante su vida, tratando que se reconcilie consigo mismo,
- Apoyar a la familia durante la agonía, en el momento de la muerte y en el inicio del duelo (Concejo de Salubridad General, 2018).

2.2.22.1. Radioterapia paliativa

Los pacientes oncológicos en presentan dolor en un 60% de los casos en la etapa terminal según estudios realizados, en estos casos se ha utilizado la radioterapia de una manera paliativa, como una forma de mejorar la calidad de vida en los últimos meses o semanas de vida.

Las radioterapias paliativas disminuyen en un 40% de los casos el dolor en los diferentes tipos de cáncer, a pesar de ser una técnica considerada por muchos especialistas como algo agresiva, el suministro de una fracción de radiación puede funcionar como un tratamiento paliativo como en los casos específicos de cáncer cerebral optimiza la función cerebral, en el cáncer de pulmón previene la hemoptisis, en el cáncer urológico previene la hematuria, en el digestivo evita sangrados digestivos, en el ginecológico previene la metrorragia, en el óseo disminuye el dolor, entre otras aplicaciones paliativas, por lo tanto “La radioterapia paliativa indudablemente beneficia a los pacientes con cáncer en diversas etapas de la enfermedad, en términos de mejorar los síntomas y prolongar la supervivencia potencialmente”. (Linares, 2020)

2.2.23. Modelo de cuidado humanista de Paterson y Zderad

Los cuidados del personal de enfermería no deben encontrarse encasillados en los cuidados médicos, en los procedimientos curativos, en el monitoreo de los signos vitales, sino deben abrirse para incluir la parte humana del paciente, su calidad de

vida, sus sentimientos y sus creencias, bajo esta visión las enfermeras Josephine Paterson y Loretta Zderad especialistas en psiquiatría y salud pública y además docentes de la Universidad de Boston, en conjunto publicaron la Teoría Humanística del Cuidado, partiendo de la idea de la enfermería como algo existencial desde el punto de vista fenomenológico y existencialista, definiendo la enfermería como “el proceso de cuidados en términos de una persona/familia/comunidad que pide ayuda, y un profesional de enfermería que recibe dicha petición de ayuda y emite una respuesta.” (Regina, 2019, pág. 18) Desde la concepción fenomenológica la persona tiene derecho a conocer su realidad, de conocer los cuidados, y desde la concepción existencialista la persona tiene el derecho de elegir, dirigir y seleccionar sus propias condiciones de vida, con libertad para encontrarse a sí mismo y tomar sus decisiones de vida.

Para ellas es importante construir una relación entre la práctica de la enfermería y la teoría, estableciendo un diálogo entre el paciente y la enfermera, donde se consideren los sentimientos, los anhelos y la conducta de ambas partes, con la finalidad de planificar entre ambos los cuidados a ejecutar, destacando la importancia de establecer un vínculo donde se relacionen, esta teoría humanista “contempla el pensar, el ser, el hacer, el cuidar, lo cual compromete tanto al profesional que cuida y al ser sujeto de cuidado”. (Palacios, 2019, pág. 9)

La relación paciente-enfermera tiene como meta conseguir el bienestar del paciente, poniendo en práctica sus vivencias, sus conocimientos y sus habilidades para brindar al paciente una respuesta oportuna y lo ayude en el estado crítico, estableciendo entre ambos una relación emocional y cercana que contribuyan a disminuir el dolor ante una potencial muerte.

El modelo de Paterson y Zderad se sustentaba en los siguientes conceptos

2.2.23.1. Ser Humano.

El ser humano es considerado como una estructura existencial que llega a ser a partir de sus elecciones, con capacidad de aceptar opciones, con valores y con la capacidad de manifestar de forma única su pasado, presente y futuro. A pesar de ser respetada su individualidad, el enfermo debe relacionarse necesariamente con los otros seres humanos a través del tiempo y del espacio. El enfermero debe conocer a cada hombre como existencia singular, de forma individual, con su historia particular, con sus experiencias, aceptando su modo de vida y el de su mundo, para poder brindarle ayuda (Miralles & Sojo)

2.2.23.2. Enfermería.

Es vista en el contexto humano, como una respuesta que conforta, de una persona para otra en un momento de necesidad, y que tiene por objetivo el bienestar y el venir-a-ser. En ese contexto, el estar presente es la calidad de estar abierto, receptivo, listo, disponible para la otra persona de forma recíproca (Miralles & Sojo).

2.2.23.3. Ambiente.

Es algo concebido de forma subjetiva, trascendente, situado más allá del espacio físico. Se caracteriza por el proceso de relación entre el enfermo y el paciente dentro de una transacción intersubjetiva. Esa transacción brinda la posibilidad de que ambos participantes se relacionen y se enriquezcan de forma recíproca, a través de un diálogo vivo (Miralles & Sojo).

2.2.24. Modelo humanista de Paterson y Zderad en los cuidados paliativos

Hablar de humanismo dentro del trato del personal de enfermería a los pacientes oncológicos es hablar de desarrollar empatía con el paciente, de aprender a escuchar sus necesidades y dolencias, mostrarle soluciones a sus problemas biopsicosociales y espirituales, es tenderle la mano cuando la necesita, ofreciéndole una atención paliativa donde los cuidados prestados estén dirigidos a morir con dignidad, poder ayudarlo a planificar sus últimos días de vida.

Los profesionales de enfermería deben poseer la capacidad de realizar cuidados paliativos para ayudar al paciente hasta el final de su vida tratándolo con dignidad al otorgarle los cuidados necesarios tanto física como espiritualmente, integrando su formación humanista con la clínica.

La esencia misma de los cuidados paliativos en pacientes oncológicos en su etapa terminal es preservar la calidad de vida, brindando en lo posible un estado de confort para el paciente y su familia, controlando los síntomas de dolor y angustia ante un inminente desenlace, brindando un cierto grado de satisfacción y tranquilidad ofreciendo apoyo emocional en tan difíciles momentos. Conjugando y entrelazando los principios humanísticos de la práctica de enfermería con los fundamentos de los cuidados paliativos (Rodríguez & Expósito, 2018).

2.2.24.1. Importancia del cuidado humanizado en el rol de enfermero

Los profesionales de la salud y en especial los de enfermería por ser los que están más en contacto con el paciente y sus familiares les deben garantizar un trato humanizado, considerando al paciente como una persona que sufre, con una salud deteriorada que necesita de sus cuidados profesionales y de un trato digno, a este respecto la OMS ha motivado a los profesionales de la salud a que se traten al paciente respetando sus derechos, donde se establezca una comunicación clara

enfocada al restablecimiento de la salud y autocuidado de la vida con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

El cuidado humanizado por parte de los profesionales de enfermería es una forma singular que aborda el profesional de enfermería al paciente, es una forma empática de cuidado humano que va a depender directamente del nivel de compromiso de la enfermera de brindar protección al paciente resaltando su dignidad como persona, esto le permitirá realizar un cuidado humanizado. Para Elizabeht Rudy citada por (Prías, 2017) el cuidado humanizado se resume como “Una mano cálida, una mirada de confianza, una actitud de respeto y consideración son muestras de interés por el ser humano... una experiencia de vida menos traumática para narrar” (p.27)

Los cuidados de enfermería humanizados deben ser proporcionados de una forma personalizada pues cada ser humano es único y con necesidades particulares, respetando siempre la dignidad. El cuidado humanizado por lo tanto debe caracterizarse por bondadoso, responsable, amoroso y trascendente.

2.2.24.2. Importancia de la empatía en el rol de enfermero

La empatía se comienza a desarrollar desde el primer contacto que tiene el personal de enfermería con el paciente y su familia, al escuchar sus dolencias con el ánimo de ayudarlo, sin hacer ninguna presunción, comprendiendo sus sentimientos sin involucrarse emocionalmente y entendiendo su realidad física y emocional.

La palabra empatía se deriva de *empátheia* palabra que significa “apreciación de los sentimientos de otra persona” (Triana, 2017, pág. 121); en la profesión de enfermería es considerado como uno de los ejes de atención humanizada más importante, al considerar al paciente como un ser humano integral con necesidades físicas y psicológicas, con sentimientos y valores, elementos importantes a considerar

en la relación paciente-enfermera al momento de recaudar información y ejecución de los procedimientos.

Cuidar a un paciente con empatía significa para el profesional de enfermería “adoptar el punto de vista del paciente y su marco de referencia ver las cosas desde su punto de vista para captar el impacto que tienen sobre él, comprenderlo y hacerle experimentar que nuestra comprensión se ajusta a su experiencia” (Prías, 2017, pág. 27)

Estudios realizados han indicado que la empatía por partes del personal de enfermería en los pacientes con cáncer juega un rol muy importante al considerar que, “Debido a la cercanía con el paciente, a la visión y a la comprensión empática, puede distinguir las necesidades o perspectivas, comunicar el entendimiento y dar respuestas de ayuda centradas en lo humano”. (Triana, 2017, pág. 122)

Desde la perspectiva de la neurociencia la empatía es una forma de sentir y pensar armónica con los sentimientos y pensamientos de otro ser humano, por lo que se considera como lo expone David Conde 2017 es

una cualidad que adquiere una persona para analizar y comprender la situación de otra persona, razonar los aspectos cognitivos y afectivos, son internos, que inducen a la respuesta emocional que pueda sentir y sentirse apto para observar el mundo desde la vista del otro. (Ñahuincopa, 2019, pág. 31)

En su rol de enfermera, el profesional de enfermería para lograr conectarse con el paciente de una forma empática al momento de cuidarlo debe escucharlo activamente con interés para lograr comprender su emociones y sentimientos, haciendo contacto visual tanto al escucharlo como al hablarle, para que la comunicación sea efectiva y afectiva.

Pasteur manifestaba que se puede tener toda la ciencia su disposición, pero si no se tiene misericordia con el paciente es como no tener nada e Hipócrates afirmaba que un médico bondadoso puede restaurar la salud del paciente. En la actualidad demostrar empatía por parte del personal de enfermería a los pacientes es un aspecto fundamental en el proceso del cuidado y de recuperación de la salud, en su rol las enfermeras “deberían poder reducir la sensación de inseguridad del usuario a través de la apertura y el compromiso incondicional, solo entonces el usuario podrá compartir su experiencia y reducir su sensación de inseguridad”. (Ñahuincopa, 2019, pág. 36)

2.2.24.3. Medida de la empatía

Medir la empatía es algo un poco complicado por tratarse de sentimientos y emociones que no son tangibles por sí mismas, pero en la actualidad han surgido diversos instrumentos para medirla, entre los que se destacan el IRI (Índice de Reactividad Interpersonal, el TECA (Test de Empatía Cognitiva y Afectiva), las Escalas de Empatía de Hogan y la Emocional; para realizar mediciones a los profesionales de enfermería existe algunas herramientas que pueden ser aplicadas a pesar de no ser medidores psicométricos exactos de la empatía, tales como: the Empathy Understanding Scale of Interpersonal Processes, la Empathy Construct Rating Scale, la Layton Empathy, el más aceptado con este fin es el EEMJ (Escala de Empatía Médica de Jefferson) que puede medir la empatía relacionada con los cuidados al pacientes.

Los valores de empatía medidos dentro de la EEMJ se pueden ubicar en nivel alto, medio o bajo en función de la atención prestada al paciente y los cuidados brindados de una forma compasiva y humanizada, abarcando diferentes dimensiones, entre las cuales se ubican:

- La toma de perspectiva al descifrar los sentimientos del paciente y de su entorno familiar para ser utilizados como un instrumento terapéutico al considerar los diferentes puntos de vista.
- El cuidado compasivo que brinda la enfermera al paciente creando lazos afectivos al momento de realizar un cuidado integral, sentimiento que repercute en la efectividad de los procedimientos.
- La capacidad de la enfermera de comprender la situación del paciente y de su familia, visualizando la situación a la cual se deben enfrentar (Ñahuincopa, 2019).

2.2.25. Enfermería oncológica

Un personal de enfermería que labora en el área de oncología de cualquier centro de salud debe entender, como lo señaló Mariano 2012

Los complejos mundos de significaciones y experiencias en torno a la enfermedad, al dolor, a la incertidumbre y al miedo merecen sin duda de una aproximación fenomenológica que permita entender los padecimientos no sólo en términos biológicos, sino también en términos emocionales, sociales, familiares y culturales. (Conde, 2017, pág. 14)

Los profesionales de enfermería de oncología deben saber escuchar a sus pacientes de una forma empática y reflexiva para ser capaz de interpretar sus necesidades, sus angustias, sus temores, sus expectativas de vida, para aplicar todas sus herramientas académicas para mejorar la calidad de vida del paciente oncológico. Estos profesionales que trabajan en esta área presentan según los estudios una tasa alta de desgaste físico y mental, por ser un desempeño laboral complejo que genera en ellos estrés y una sobre carga

emocional por estar expuestos continuamente a situaciones de dolor e impotencia ante la posibilidad de la muerte del paciente, sentimientos y emociones que se van desarrollando con el cuidado diario del paciente al despertar en ellos la compasión.

Los profesionales de enfermería deben trabajar en equipo al momento de planificar y prever posibles complicaciones en el paciente, estos profesionales deben caracterizarse por ser empáticos y compasivos al momento de brindar los cuidados paliativos para brindar una calidad de vida hasta el momento del fallecimiento.

2.2.26. Competencias de los profesionales de enfermería oncológica

Los profesionales de enfermería deben organizar sus intervenciones y cuidados para lo cual deben cumplir con las siguientes competencias:

- Prestar un cuidado especializado, integral y personalizado al paciente oncológico donde se incluya la familia.
- Animar al paciente para que sea autosuficiente en la medida de sus posibilidades suministrándole herramientas para su autocuidado.
- Fomentar en el paciente la adaptación a su nueva realidad promoviendo el crecimiento personal.
- Perseverar en la relación terapéutica y de ayuda al paciente y su entorno familiar.
- Prestar una atención sanitaria manteniendo un seguimiento clínico continuo de los signos, valores y síntomas del paciente, así como el control de medicamentos y tratamientos oncológicos.
- Generar protocolos y vías clínicas.

- Realizar actualizaciones en relación a las últimas tecnologías y procedimientos en los cuidados al paciente oncológico.
- Participar en actividades formativas académicas y comunicacionales.
- Participar en la planificación y aplicación de cuidados paliativos dirigidos a los pacientes oncológicos.
- Respetar los deseos del paciente oncológico, así como sus derechos.
- Estimular en el paciente sus valores y creencias espirituales como una forma de generar paz, tranquilidad y equilibrio emocional (Prieto & et.al., 2019).

2.2.27. Etapa final de vida del paciente oncológico

La etapa final de vida de un paciente no está estrictamente delimitada en el tiempo pues dependiendo de la gravedad del cuadro clínico este tiempo puede ser horas, días, semanas o meses, pero sin importar el tiempo se deben tener presente ciertas consideraciones relacionadas con el trato brindado al paciente terminal.

Durante la etapa final hay que tener presente la calidad de vida del paciente de acuerdo con la edad y tipo de cáncer. Cuando se trata de niños es importante considerar las necesidades emocionales de los padres y que este tiempo el niño lo pase en su hogar con los cuidados paliativos necesarios según sea su condición física con la finalidad que el niño se sienta más tranquilo y su entorno familiar se prepare emocional y psicológicamente para el desenlace final. Cuando el paciente terminal es un adulto si está consiente hay que respetar sus deseos de permanecer hospitalizado o retirarse a su hogar si su condición lo permite.

El (Instituto Nacional del Cáncer, 2020) recomienda en la etapa final en relación a la atención en las horas finales:

- Si el paciente está consciente y capacitado puede decir junto con su familia sobre la aplicación de tratamientos que prolonguen su vida.
- Los familiares pueden ofrecerle apoyo espiritual acorde a sus creencias y tradiciones familiares.
- Facilitarle al paciente despedirse de sus familiares y amigos para simplificar proceso de cierre de su vida.
- El personal de salud debe explicar tanto al paciente y sus familiares la importancia de ingerir líquidos y sus cantidades, igualmente la ingesta de alimentos si el paciente está en capacidad de ingerirlos.
- La aplicación de antibióticos y transfusiones va a depender del objetivo de las mismas y la decisión de prolongar la vida o no.
- El paciente o los familiares deben tomar la decisión de reanimar al paciente si presenta un paro cardiopulmonar o no.

2.2.28. Psicología del paciente terminal

El paciente terminal es aquella persona que padece de una enfermedad incurable en una etapa avanzada la cual va degenerando progresivamente el cuerpo de la persona y tiene un pronóstico de tiempo de vida limitado. Estas personas sufren de patologías que presentan poca respuesta a los tratamientos médico causando un gran impacto emocional tanto a la persona como a su entorno familiar.

Los pacientes oncológicos en la etapa terminal generalmente presentan estados depresivos, de ansiedad, de aislamiento social, episodios de delirium, cuadros de insomnio y confusión ante la proximidad de la muerte. Estos síntomas son exacerbados cuando el paciente pierde la habilidad de controlar el dolor, pierde

habilidades físicas y percibe la poca efectividad de los tratamientos aplicados observando que está perdiendo la batalla ante el cáncer.

Para evitar en lo posible los sufrimientos el personal de enfermería debe tomar decisiones terapéuticas junto con el enfermo y sus familiares para garantizar su dignidad hasta el último suspiro, para ello se deben ayudar al paciente durante las siguientes tres etapas del desarrollo de la enfermedad:

- Primera etapa o etapa inicial: en esta etapa el paciente debe afrontar su condición física ante una enfermedad terminal.
- Segunda etapa o etapa crítica: en esta etapa el paciente muestra eventos depresivos ante las vivencias de no poder hacer nada ante la posibilidad de muerte debido a el desarrollo de la enfermedad.
- Tercera etapa o etapa final: en esta etapa el paciente debe aceptar su eventual fallecimiento, aceptando la muerte como algo inevitable (Vázquez, 2017).

2.2.29. Cuidados psicológicos paliativos al paciente terminal

Los cuidados paliativos como estrategia terapéutica para los pacientes oncológicos cuando presentan síntomas de tipo físico o psicológico están orientados principalmente a controlar los episodios que alteren al paciente y mejorar la calidad de vida. Estos pueden ser:

- Estados depresivos: en los cuales el paciente presenta un sentimiento de tristeza y pierde el interés por la vida, muestra un estado de cansancio continuo, pierde el apetito, entre otros síntomas se le pueden aplicar terapias no farmacológicas que en la mayoría de los casos contribuyen a superarlos y en caso contrario que no surtan el efecto esperado suministrar un antidepresivo.
- Crisis de ansiedad: el paciente presenta un estado de malestar general con síntomas conductuales como inquietud, se vuelve irritable, emotivos; síntomas

cognitivos como sensación de miedo, pensamientos negativos con respecto a su futuro; síntomas somáticos como palpitaciones, sudoración excesiva, disnea, etc. para tratarlos el personal de enfermería debe prestar apoyo psicoterapéutico, realizar terapias cognitivas conductuales, enseñarle técnicas de meditación y relajación, en caso de no funcionar remitir al paciente al Psiquiatra.

- Cuadros de insomnio: al presentar dificultad para dormir las suficientes horas durante la noche, situación que se va agudizando a medida que el cáncer avanza, para tratarlo el personal debe investigar las posibles molestias físicas, los posibles efectos de los tratamientos oncológicos, practicar técnicas de relajación antes de dormir y aplicar la higiene del sueño.
- Episodios de delirium: consiste en presentar momentos de confusión aguda de intensidad variable que generalmente se presenta en la etapa final de la enfermedad, para lo cual se debe tranquilizar al paciente o medicar (Vázquez, 2017).

Los pacientes ante la muerte tienen un doble sufrimiento al no poder expresar sus emociones, sus miedos y sentimientos ante su familia por no generar en ellos más sufrimientos y la familia por su parte trata de ocultar la realidad para que el paciente no sepa su proximidad a morir, como lo señala (Martínez B. , 2018)

La incertidumbre, el miedo y la ausencia de expresión de sentimientos hacen que los pacientes y sus familias estén ansiosos y sometidos a un gran estrés. Las familias dan por sentado que el enfermo no soportará la verdad, pero ignoran que ya lo sabe y está solo soportando su peso. (s.n.)

2.2.30. La tanatología y el buen morir

La tanatología es término acuñado por el médico Elías Metchnikoff en el año 1901 para referirse a la “ciencia de la muerte” como una rama de la medicina forense para explicar todo lo relacionado a la muerte y a el trato al cadáver. Este término deriva de la palabra de la mitología griega *Thanatos* nombre asignado a la diosa griega de la muerte, quien era hija de Eufrone “madre del buen consejo”

Esta ciencia fue evolucionando y adaptándose al cuidado que se deberían aplicar a los enfermos terminales en sus hogares, hasta convertirse en la actualidad una ciencia que se encarga de estudiar las diferentes formas de enfrentar a la muerte y darle sentido, es decir enseñar a morir. Es a partir de los años 60 que la tanatología con Elizabeth Klüber-Ross surge un movimiento llamado “morir con dignidad” de los pacientes con enfermedades terminales al considerar la muerte como un hecho inevitable que debe ser visto como algo natural y una forma de liberarse del cuerpo y del sufrimiento así como cuando la mariposa aflora del capullo, para esta doctora la aceptación de la muerte es una parte importante tanto para el paciente como para la familia y debe pasar por cinco etapas: negación, enojo, negociación, depresión y por último la aceptación, luego de pasar por todas estas etapas el enfermo enfrenta la realidad de su muerte, con menos angustia y enfrentar la muerte de una forma digna, entendiendo por muerte digna como

la situación de la persona en estado terminal a causa de un padecimiento grave decida sobre el momento y las condiciones en las que desea terminar con su vida disponiendo de esta mediante el uso de su propia razón y voluntad para evitar una situación donde su dignidad se pudiera encontrar lesionada por la prolongación innecesaria de la vida sin sentido. (Mera, 2017, pág. 31)

Avery Weisman define la muerte apropiada como cuando el paciente considera el proceso de morir como algo bueno y acepta psicológicamente el tiempo de vida que le queda, por su parte Charles Corr para principios de los años 90 plantea un método sobre los cuidados al paciente en fase terminal para un buen morir:

- Reducir al mínimo el dolor físico y emocional
- Disminuir las dificultades físicas.
- Elevar a su máxima expresión la seguridad psicológica con la finalidad de confrontar el proceso de la muerte reduciendo la angustia y el miedo a morir.
- Estrechar los lazos familiares significativos con las personas que son más importantes para el paciente.
- Fortalecer la parte espiritual haciéndole sentir que su vida fue con propósito e integra (Mora, 2019)

2.2.31. Eutanasia

El personal de salud está formado bajo los principios biomédicos de proporcionar salud y calidad de vida a los pacientes, apartándose en cierta medida de la atención humanitaria y holística; estos profesionales de la medicina no están formados para quitar la vida, situación que ha llevado a muchos a cuestionar sus funciones ante el sufrimiento del paciente con enfermedades terminales, planteándose si es preferible para el paciente estar muerto que seguir soportando el sufrimiento.

La eutanasia es un término que se utilizaba en la época Grecorromana relacionado con la frase “*al felici vel honesta morte*” quiere decir “morir con una muerte feliz y honesta”. El concepto hoy día es equivalente de muerte legalmente «asistida», y de muerte «piadosa» (Mora, 2019, pág. 9) etimológicamente *eu*

significa dulce, bueno *thanatos* se interpreta como muerte, por lo tanto, eutanasia es “bien morir”

Este procedimiento se ha ido instaurando en diferentes países para ayudar a morir dignamente a los pacientes terminales que nunca se van a recuperar a pesar de todos los esfuerzos médicos y que se encuentran sufriendo y sin calidad de vida, brindándole al enfermo la posibilidad de gestionar su propia muerte.

Para (Mora, 2019) la eutanasia es:

propiamente la acción, comisión, u omisión de hacer o accionar algo, generalmente producido por un médico tendente a causar la muerte a un enfermo terminal, con el fin de eliminar cualquier dolor o sufrimiento, contando con el consentimiento de dicho enfermo o de sus asistidos, es cooperar positivamente con cualquiera que pretenda su propia muerte o lograr su propósito. (p.15)

Mientras que el manual de Bioética de Aquilino Polaino la eutanasia es una: muerte indolora infligida a una persona humana, consciente o no, que sufre a causa de enfermedades graves, incurables o por su condición de disminuido, sean estas dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de manera liberada por el personal sanitario o la acción de cualquier persona con la ayuda del médico mediante fármacos o con la supresión de curas vitales ordinarias, porque se considera irracional que prosiga una vida, que en tales condiciones se valora como ya no digna de ser vivida. (p. 16)

La eutanasia es vista de diferentes enfoques según la cultura, las creencias religiosas y las leyes de cada país, es una práctica que se viene realizando desde tiempos remotos de la Antigua Grecia, en algunas regiones y en el cristianismo es considerado un suicidio o asesinato, ya bien sea voluntaria a petición del paciente o no voluntaria a petición de los familiares.

Figura 3 Clases de eutanasia

	Activa	Pasiva	Directa	Indirecta
VOLUNTARIA	La eutanasia activa puede ser activa y a la vez voluntaria, puesto que la persona a la cual se le va a someter a eutanasia es la que desea y pide su aplicación mediante la aplicación de medios para acelerar la muerte.	Cuando el paciente se niega al tratamiento mediante su propia voluntad, produciendo que la negativa al tratamiento acelere la muerte, entregando únicamente atenuantes a los malestares.	Se da mediante la solicitud de la persona que desea realizarse eutanasia mediante aplicación de una sustancia letal por parte de un tercero.	Producida mediante la voluntad de la persona que solicita la entrega de los medios necesarios para quitarse la vida ella misma.
INVOLUNTARIA	No se permite puesto que constituye un delito de asesinato (Código Orgánico Integral Penal, 2014, Art. 140) puesto que un tercero aplica los medios para terminar con la vida de la persona sin su voluntad de morir	Se da cuando queda a discreción de un tercero como un familiar el retirar el soporte vital a una persona que no puede manifestarse de ninguna forma para dejar de prolongar la vida del moribundo.	El que un tercero aplique medios para provocar la muerte de un tercero sin consentimiento anticipado de este constituye asesinato (Código Orgánico Integral Penal, 2014, Art. 140)	Si un tercero obliga a la persona a que tome los medios para quitarse la vida hace intuir que se está presionando a la persona a quitarse la vida, lo que constituiría un delito de asesinato (Código Orgánico Integral Penal, 2014, Art. 140).

Fuentes: (Mera, 2017, pág. 37)

2.1. Definición de términos

Cuidado paliativo

Atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o potencialmente mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas (Instituto Nacional del Cáncer, 2020).

Diálisis

Proceso mediante el que se filtra la sangre cuando los riñones no pueden limpiarla (Instituto Nacional del Cáncer).

NANDA

North American Nursing Diagnosis Association

NIC

Nursing Interventions Classification

NOC

Nursing Outcomes Classification

Resiliencia

Capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas como la muerte de un ser querido, un accidente, etc .La resiliencia es una aptitud que adoptan algunos individuos que se caracterizan por su postura ante la superación de una adversidad y de mucho estrés, con el fin de pensar en un mejor futuro (Significados, 2019).

2.2. Sistema de variables

2.2.1. Variable dependiente

Cuidados paliativos

2.2.2. Variable independiente

Proceso de Atención de Enfermería

2.3. Hipótesis

El plan de atención de enfermería basado en el modelo de cuidado humanista de Patterson y Zread tiene mayores beneficios para cuidados paliativos a pacientes oncológicos atendidos en el área de Diálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón.

2.3.1. Operacionalización de las variables

Tabla 5 Variable dependiente; Cuidados paliativos

Definición	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala	Instrumento
<p>Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. (Organización Mundial de la Salud, 2020)</p>	<p>Prevención y alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor</p>	<p>Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor</p>	Sexo	<p>Femenino Masculino</p>	<p>Cuestionario cerrado</p>
		<p>Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor</p>	Exámenes de laboratorio	<p>Electrolitos Proteínas Perfil renal Biométrica</p>	
		<p>Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor</p>	Medicamentos administrados	<p>Abierta</p>	
	<p>Calidad de vida del paciente</p>	<p>Valoración del entorno</p>	Estado civil	<p>Soltero Unión de hechos Casados Divorciado Viudo</p>	
			Vive con	<p>Familia nuclear Familia extensa Familia Ampliada</p>	

Tabla 6 Variable independiente; proceso de atención de enfermería

Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento
<p>Método científico que utiliza el personal de enfermería para desarrollar su actividad de una forma coherente, ordenada, precisa y sistemática; para lograr la solución a los problemas de salud y la satisfacción de los pacientes; basado en una secuencia lógica: comprensión del problema, recogida de datos, formulación de la hipótesis y la comprobación de las soluciones</p>	<p>Valoración de enfermería</p>	<p>Necesidades de oxigenación</p>	<p>Signos vitales Capacidad respiratoria Ruidos respiratorios agregados Requerimientos de oxígeno Secreciones bronquiales Fumador</p>	<p>Cuestionario cerrado</p>
		<p>Necesidades de nutrición</p>	<p>Medidas antropométricas Tipo de dieta Apetito Dificultad para alimentarse Ingesta de líquidos Signos y síntomas digestivos</p>	
		<p>Necesidades de eliminación</p>	<p>Alteraciones urinarias Características de micciones Características de evacuaciones Medicamentos para la eliminación</p>	
		<p>Necesidades de moverse y mantener una postura adecuada</p>	<p>Situación actual Limitación de movimientos Dificultad para la movilización</p>	
		<p>Necesidad de descanso y sueño</p>	<p>Características para el sueño Medidas para dormir</p>	
		<p>Necesidad de vestirse y desvestirse</p>	<p>Aspecto general</p>	
		<p>Necesidad de mantener la temperatura corporal</p>	<p>Fluctuaciones de temperatura Color de la piel Signos asociados</p>	
		<p>Necesidad de higiene y protección de la piel</p>	<p>Pañal Sonda vesical Aseo personal Paciente se encuentra encamado En caso de su respuesta es "sí" cada que tiempo se le realiza cambios posturales Presencia de úlceras por presión Herida</p>	

			En caso de su respuesta es "si" cada que tiempo se realiza curaciones	
		Necesidad de evitar peligros del entorno	Nivel de conciencia Estado de ánimo Patología	
		Necesidad de comunicarse	Organización del pensamiento-lenguaje Dificultad de comunicación Comunicación con los demás	
		Necesidad de vivir según sus valores y creencias	Religión a la que pertenece Solicita ayuda espiritual Utiliza medicina alternativa Problemas emocionales	
		Necesidad de trabajar y sentirse realizado	Nivel educativo Realiza actividades	
		Necesidad de participar en actividades recreativas	Preferencias por el ocio Realiza actividades recreativas Cada que tiempo realiza actividades recreativas	
		Necesidad de aprendizaje	Reconocimiento propio Presenta limitaciones para el aprendizaje Manifiesta interés por aprender	

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

Por su enfoque

Cuantitativo

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo, el cual está definido por Sánchez Flores, (2019) como

La investigación bajo el enfoque cuantitativo se denomina así porque trata con fenómenos que se pueden medir (esto es, que se les puede asignar un número, como por ejemplo: número de hijos, edad, peso, estatura, aceleración, masa, nivel de hemoglobina, cociente intelectual, entre otros) a través de la utilización de técnicas estadísticas para el análisis de los datos recogidos, su propósito más importante radica en la descripción, explicación, predicción y control objetivo de sus causas y la predicción de su ocurrencia a partir del desvelamiento de las mismas, fundamentando sus conclusiones sobre el uso riguroso de la métrica o cuantificación, tanto de la recolección de sus resultados como de su procesamiento, análisis e interpretación. (p. 104)

En tal sentido este enfoque permitirá reconocer las necesidades de cuidado de mayor incidencia en el grupo de pacientes oncológicos atendidos en el área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón.

Por su nivel

Descriptivo

Debido a que se necesita caracterizar la población e identificar las necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson, a partir del cual se planificará la intervención de enfermería, será necesario aplicar la investigación descriptiva, la cual es definida como aquella que “ describe el fenómeno y refleja lo esencial y más significativo del mismo, sin tener en cuenta las causas que lo originan, para lo que es necesario captar sus relaciones internas y regularidades, así como aquellos aspectos donde se revela lo general” (Hernández León & Coello González, 2008, pág. 80).

Por su lugar

De campo

Debido a que los procesos de recolección de la información y aplicación se llevan a cabo en el lugar de los hechos, interactuando directamente con la población de estudio, se aplicó un modelo investigativo de campo.

Por el tiempo de ocurrencia

Transversal

La información recopilada será sobre una población actual de pacientes, generando una herramienta para el cuidado enfermero en pacientes de cuidados paliativos, en tal sentido la investigación es transversal.

El Método:

La investigación seguirá la metodología comparativa, la cual es definida como aquella donde se ejecuta un;

Énfasis comparativo y se aplica al análisis de las variables manejadas por el investigador en condiciones similares pero en investigaciones diferentes, o en grupos experimental y de control de una misma investigación. Bien podemos decir que el énfasis comparativo se puede aplicar a todos los tipos de estudios investigativos siempre y cuando el investigador vea los factores que propicien algún tipo de comparación. (Tamayo, 1999, pág. 52).

3.2. Población y muestra

La población estará compuesta por pacientes que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de patologías oncológicas
- Pacientes que se encuentran recibiendo cuidados paliativos en el área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
- Pacientes que se encuentren dispuestos a participar en el estudio voluntariamente.

En tal sentido se trabajará con un total de 24 pacientes. La muestra a considerar será por conveniencia, seleccionando aquellos pacientes que puedan participar en el estudio de manera voluntaria esperando contar al menos 10 pacientes que cumplan con dichos criterios de selección.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se empleará como instrumento una ficha de valoración de enfermería la cual ayudará a recopilar la información necesaria para el diagnóstico enfermero de manera objetiva.

Este instrumento será aplicado empleando la técnica de encuesta.

3.4. Recolección y análisis de resultados

Para el proceso de recolección de la información se seguirán los siguientes pasos:

- Solicitud de permiso para el ingreso al hospital
- Primera visita de socialización con el personal encargado, sobre aspectos relativos al proyecto, objetivos y requerimientos para la consecución de los objetivos
- Aplicación de la ficha de valoración a los pacientes participantes
- Tabulación de la información
- Análisis mediante la estadística descriptiva
- Generación del diagnóstico enfermero a partir de las tendencias de mayor prevalencia.

3.4.1. Análisis de resultados

Tabla 7 Edad de los pacientes

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Total
Edad	20 a 30 años	3	13%	100%
	31 a 50 años	5	21%	
	51 a 65 años	13	54%	
	Más de 66 años	3	13%	

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Los datos obtenidos de las encuestas de valoración permitieron identificar que en cuanto al perfil sociodemográfico de los pacientes oncológicos que son atendidos en el área de diálisis, era; concentración de pacientes con edades comprendidas entre los 51 y 65 años, representando el 54% de la población total, seguidos por el grupo etario de 31 a 50 años de edad con el 21% del total. En menor proporción se encontraron los pacientes entre los 20 y 30 años y los demás de 66 años, ambos grupos con un 13% de la población total respectivamente.

Tabla 8 Sexo de los pacientes

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Total
Sexo	Femenino	8	33%	100%
	Masculino	16	67%	

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

En cuanto al sexo, se identificó que la mayoría de los pacientes eran del sexo masculino con un 67% de la población, mientras que el 33% restante eran del sexo femenino.

Tabla 9 Estado civil de los pacientes

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Total
Estado civil	Casado	13	54%	100%
	Divorciado	2	8%	
	Soltero	2	8%	
	Unión de hechos	5	21%	
	Viudo	2	8%	

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Con relación al estado civil, el 54% refirió estar casado, mientras que el 21% indicó que mantenían una relación bajo unión de hechos, 8% indicó estar soltero y el 8% restante ser viudo.

Tabla 10 Tipo de familia del paciente

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Total
Vive con	Ampliada	2	8%	100%
	Extensa	2	8%	
	Familia nuclear	20	83%	

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Así mismo con relación a cómo se encuentra estructurada la familia con quien convive el paciente, el 83% refirió pertenecer a una familia nuclear, 8% ampliada y 8% extensa.

Tabla 11 Cuidados brindados en el área

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico o médico	Catéter temporal en la yugular derecha, con filtro FX600	16	67%
	Catéter temporal en la yugular izquierdo, con filtro FX600	4	17%
	Fistula arterio venosa (FAV) brazo izquierdo con filtro FX800	3	13%
	Fistula arterio venosa (FAV) brazo izquierdo con filtro FX600	1	4%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

En cuanto a los procedimientos llevados, un 67% correspondía a abordaje por medio un catéter temporal o no tunelizados en la yugular derecha mientras que un 17% recibía una colocación en la yugular izquierda, ambos con uso de filtro FX600. Según lo explica (Sosa & et al, 2020) los catéteres temporales con indicados por un tiempo inferior a 2 semanas y son de utilidad ante los tratamientos de diálisis continuos o intermitentes. Por su parte un 13% de los pacientes reciben el tratamiento mediante una fístula arterio venosa en el brazo izquierdo empleando un filtro FX 800 y un 4% con un filtro FX 600. Este tipo de acceso es empleado en tratamientos prolongados de más de 6 meses, debido a su incidencia baja con relación al desarrollo de procesos infecciosos o trombosis (Strub & et al, 2020).

Tabla 12 Número de diálisis semanales

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Número de diálisis a la semana	1 vez por semana	1	4%
	3 veces por semana	23	96%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Se logró identificar que la mayoría de los pacientes objeto de cuidados paliativos atendidos en el área asisten en un 96% a 3 diálisis por semana, mientras que el 4% restante acude a una diálisis por semana. Datos del DOPPS (Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) muestran que la frecuencia de 3 sesiones semanales es abrumadoramente mayoritaria, y son una minoría casi anecdótica los enfermos que se dializan con una frecuencia inferior (Fernández & Teruel, 2017)

Tabla 13 Signos vitales, tensión arterial

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Signos vitales. tensión arterial	Normal (120-129-80-84)	7	29%
	Hipertensión grado 1 (140-159 – 90-99)	16	67%
	Hipertensión grado 2 (160-179 – 100-109)	1	4%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Se observa que en cuanto a la necesidad de oxigenación postulado por Virginia Henderson arrojó que el 79% de los pacientes eran independientes, mientras que el 21% restante manifestaban algún tipo de dependencia.

En dicho contexto, de forma relevante se detectó por medio de la valoración que un 71% de los pacientes presentaba una presión arterial alta, de estos 67% en Hipertensión grado 1 (140-159 – 90-99) y en un 4% Hipertensión grado 2 (160-179 – 100-109) dicha clasificación según la Guía Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, 2019). El 4% restante arrojó una presión arterial normal.

Tabla 14 Capacidad y ruidos respiratorios

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Capacidad respiratoria	Bradipnea	2	8%
	Normal	14	58%
	Taquipnea	8	33%
Ruidos respiratorios agregados	No	19	79%
	Sí	5	21%
	Crepitantes	2	8%
	Roncus	3	13%
	N/A	19	79%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

En cuanto a la capacidad respiratoria, un 58% presentó capacidad respiratoria normal, mientras que en un 33% manifestaba taquipnea (Aumento en el ritmo respiratorio persistente, es un respiración superficial y rápida, por encima a las 20 respiraciones por minuto), y 8% bradipnea (disminución del ritmo respiratorio, por debajo a las 12 respiraciones/min). Según lo explica (Goicochea, 2012) es usual que los pacientes con enfermedad renal crónica desarrollen algún síntoma de patología respiratoria siendo los signos de alarma el dolor torácico, síncope, taquipnea, hipertensión, entre otros relacionados. Con relación al ruido respiratorio, el 79% refirió que no, mientras que el 21% manifestó que sí, siendo el ruido agregado de mayor incidencia el Roncus con el 13% de la totalidad de los pacientes y 8% crepitantes.

Tabla 15 Requerimientos de oxigenación

Ítem	Frecuencia	Porcentaje	
Requerimientos de oxígeno	No	18	
		75%	
	Si	0,5 L	2
		10 L	2
2 L		2	
	25%		

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

En cuanto a las necesidades de oxigenación se identificó que solo el 21% de los pacientes requería de dosis de oxígeno, las cuales varían entre los 0.5 a 2 litros. Según el abordaje terapéutico de pacientes terminales con síntomas de disnea asociado a insuficiencia cardíaca, renal crónica EPOC, fibrosis quísticas o cáncer de pulmón, requiere en algunos casos de tratamientos farmacológicos, siendo los más utilizados en la medicina paliativa la aplicación de dosis de oxígeno (Carvajal Valdy, Ferrandino Carballo, & Salas Herrera, 2011).

Tabla 16 Secreciones bronquiales

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Secreciones bronquiales	No	19	79%
	Sí (esputo)	5	21%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

También se logró determinar que en cuanto a sonidos bronquiales solo el 21% los manifestaba y se debía a presencia de esputo, lo cual es una secreción de materia expectorada de materias contenidas en la tráquea, bronquios o pulmones (Pinzón, 2016). De forma general el 21% de los pacientes analizados manifestaron cierto nivel de dependencia en cuanto a las necesidades de oxigenación.

Tabla 17 Presencia de tabaquismo

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Fumador	No	19	79%
	Sí	5	21%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Se logró identificar que de la población en estudio el 79% no eran fumadores, solo el 21% indicó ser fumador. Según un estudio de (Citarelli & et al, 2018) identificó que un 15% de los enfermos incidentes en diálisis fuman y alrededor del 60% de ellos son ex fumadores.

Tabla 18 Índice de masa corporal

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Medidas antropométricas	Normal	12	50%
	Obesidad	1	4%
IMC	Sobrepeso	11	46%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Con relación a las necesidades de alimentación se logró identificar por medio de la valoración inicial que el 63% de los pacientes manifestaba cierto nivel de dependencia, las cuales se encontraban relacionada con un 50% de pacientes con sobrepeso y obesidad. En términos del peso del paciente, la ganancia interdialítica no debería exceder del 4-5% de su peso seco (Lorenzo & Luis, 2020).

Tabla 19 Tipo de alimentación

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de dieta	General, Hipoproteica, Hiposódica, Hipercalórica	1	4%
	Hipoproteica, Hiposódica	7	29%
	Hipoproteica, Hiposódica, Hipercalórica	4	17%
	Hiposódica	10	42%
	Hiposódica, Hipercalórica	2	8%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Se observa que la mayoría de los pacientes llevan una dieta hiposódica, con un 42% del total de la población, un 29% lleva una dieta hipoproteica e hiposódica, 17% dieta hipercalórica, 8% hiposódica e hipercalórica, y el 4% lleva una dieta general. La limitación de la ingesta salina es una indicación clásica, tanto en pacientes con ERCA, como en tratamiento renal sustitutivo. Es importante para prevenir la retención hidrosalina, coadyuvante en el control de la tensión arterial, e incluso reduce la proteinuria y facilita el efecto de los bloqueantes del eje renina-angiotensina. Las recomendaciones de ingesta proteica varían en función del estadio del paciente. En la ERCA se recomienda una restricción moderada de la ingesta de proteínas; en paciente en diálisis, las ingestas deben ser mayores para compensar el carácter catabólico de la técnica (Lorenzo & Luis, 2020).

Tabla 20 Apetito y dificultad de alimentación

Dificultad para alimentarse	Apetito, número de comidas al día		Frecuencia	Porcentaje
Si (6)	3		2	25%
	4		2	
	5		2	
No (18)	4		9	75%
	5		6	
	6		3	

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Según los resultados se observa que un 56% de pacientes con 3 o 4 comidas por día, 25% de pacientes con dificultad para alimentarse. Según lo explica (Vallejo & Baque, Alimentación y cuidados paliativos en el paciente oncológico terminal, 2021) los pacientes con cáncer avanzado tienden a padecer de trastornos de apetito por causa de náuseas, vómitos, saciedad temprana, estreñimiento, disfagia, molestias bucales, depresión, entre otros.

Tabla 21 Ingesta de líquidos

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Ingesta de líquidos por días	Menos de 2 litros	16	67%
	2	8	33%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Con base a los datos se determinó que el 67% de pacientes con ingesta de líquidos menores a los 2 litros/día. Para el paciente en diálisis se recomienda tomar tanto líquido como elimine con la orina en ese periodo, más 500-750 cc adicionales, La ingesta de agua, más allá de la necesaria para eliminar la carga osmótica, puede

ayudar a preservar la función renal. Alcanzar una diuresis de 2-3 litros al día, o incluso mayor, es una propuesta razonable y adecuada. La alta ingesta líquida a base principalmente de agua simple es lo recomendable, evitando los productos líquidos ricos en azúcares (Lorenzo & Luis, 2020).

Tabla 22 Sintomatología digestiva

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Signos y síntomas digestivos	N/A	5	21%
	Nausea	19	79%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Se observa que el 79% de pacientes padece de nauseas, en cuanto a los síntomas digestivos de náuseas y vómitos, el (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) indica que el paciente requiere una valoración cuidadosa de la etiología y los factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.

Tabla 23 Características de las micciones

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Características de micciones. Color	Amarillo	9	38%
	Amarillo intenso	3	13%
	Amarillo rojizo (hematuria)	1	4%
	Ámbar	9	38%
	Café	2	8%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Se observa que 76% de los pacientes presentan coloración de la orina ámbar o amarilla, que puede considerarse normal, un 13% presenta coloración amarillo intenso, un 8% de coloración café y un 4% amarillo rojizo asociado a la hematuria. La

hematuria implica la presencia de sangre en la orina y según explica (Espinoza, s.f.) es común en pacientes nefrológicos la cual puede estar asociada a una nefropatía que puede teñir la orina de color rojo o lavado de carne.

Tabla 24 Evacuación

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Blanda	15	63%
1 o dos evacuaciones diarias	8	53%
3 o 4 evacuaciones diarias	7	47%
Blanda, Diarrea	1	4%
1 o dos evacuaciones diarias	1	100%
Diarrea	1	4%
5 o más evacuaciones diarias	1	100%
Dura	2	8%
1 o dos evacuaciones diarias	1	50%
3 o 4 evacuaciones diarias	1	50%
Estreñimiento	5	21%
1 o dos evacuaciones diarias	5	100%
Total general	24	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

En cuanto a las evacuaciones el 21% manifestó síntomas de estreñimiento y 8% presentó diarrea. Según lo explica, (Pablo Delgado, 2018). En el caso de los pacientes con tratamientos de diálisis, existe una prevalencia de estreñimiento entre el 10 al 20% de la población general, siendo las principales causas el sedentarismo, la dieta baja en fibra y líquidos. Con respecto a la diarrea una de las causas más frecuentes son los quelantes cálcicos.

Tabla 25 Medicación para la eliminación

Ítem	Necesidad	Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Medicamentos para eliminación	No	Sin medicación	18	75%
		Digeril	1	25%
	Si	Laxante	1	4%
		Loperamida	4	17%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Con relación a las necesidades de medicamentos para la eliminación el 21% refirió consumir algún tipo de laxante y un 4% loperamida.

En cuanto a la medicación por el estreñimiento el (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) antes de prescribir un tratamiento con laxantes es necesario descartar la presencia de fecalomas y en el caso de impactación fecal, se realiza extracción manual y puede utilizarse laxantes por vía rectal (supositorios o enemas). Por su parte los pacientes con cuadros diarreicos que se encuentren en cuidados paliativos, requieren de una valoración que permita identificar las causas y de ser posible corregir sin medicación, en caso contrario medicar con loperamida.

Tabla 26 Necesidades de moverse y mantener una postura adecuada

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Situación actual	Deambulacion	18	75%
	Encamado	2	8%
	Sillón-cama	3	13%
	S/R	1	4%
Limitación de movimientos	Extremidades inferiores	8	33%
	Extremidades superiores	8	33%
	N/A	8	33%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Con base a los resultados obtenidos, el 21% de los pacientes arrojó dependencia frente a la necesidad de moverse y mantener una postura adecuada, de las cuales se destaca que un 13% de ellos se encuentra en sillón-cama y un 8% encamado. En cuanto a la limitación de movimientos la tercera parte indicó presentar limitación en las extremidades inferiores, mientras la otra tercera parte en las extremidades superiores. Según lo manifiesta (Moreno & Cruz, 2015) entre los cambios resultantes de la insuficiencia renal crónica, se producen disfunciones musculares, donde estudios han

demostrado la presencia de atrofia de las fibras musculares resultantes de un desequilibrio entre la síntesis y la degradación de la proteína muscular. Incluso puede haber disminución de la síntesis y/o aumento de la degradación.

Tabla 27 Dificultad para la movilización

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Artralgia	13	54%
No	8	33%
Sí	5	21%
Mialgia	5	21%
No	5	21%
Neuralgia	4	17%
Sí	4	17%
S/R	2	8%
Total general	24	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Estas dificultades para la movilización se deben principalmente a la artralgia con un 54% de los pacientes, la cual es definida como el dolor de una o varias articulaciones que pueden deberse a distintos procesos inflamatorios, infecciosos o neoplásicos (Castro & et al, 2020), mialgia con un 21% y neuralgia con un 17%. y un 42% evidencia hinchazón en alguna extremidad.

Tabla 28 Debilidad corporal

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Presenta debilidad corporal	No	3 13%
	Sí	19 79%
	S/R	2 8%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

El 79% de los pacientes manifiesta debilidad corporal. Según (Carvaca & et al, 2016) un estudio de los pacientes que se encuentran con enfermedades crónico renales

presentan además de dolores musculo esqueléticos otras sintomatologías como la fatiga, actividad física baja y prurito.

Tabla 29 Cantidad de sueño diario

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Número de horas sueño/día	Menos de 8 horas diarias	11	13%
	8 horas diarias	8	33%
	Más de 8 horas diarias	5	8%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Con relación a las necesidades de descanso y sueño el 21% de los pacientes presenta signos de dependencia, las cuales están manifestadas por un 13% de pacientes con menos de 8 horas de sueño diarias, 21% con dificultad para dormir. Según lo explica (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) una de las consecuencias comunes de los pacientes que reciben cuidados paliativos son los síntomas psiquiátricos relacionados con el insomnio, por lo que es necesaria la valoración del paciente que permita identificar cuales factores predisponen al paciente a padecer de insomnio, cómo es la higiene del sueño y a partir de allí corregir y aplicar un abordaje inicial basado en estrategias cognitivas conductuales.

Tabla 30 Patrones de sueño

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de sueño	Dificultad para dormir	5	21%
	Parasomnia	2	8%
	Sueño diurno (SED)	6	25%
	S/R	11	46%
Medidas para dormir	Medicación	6	25%
	Sin medicación	18	75%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Se observa que el 25% de los pacientes presenta sueño diurno, 21% manifiesta dificultad para dormir, y 8% presenta parasomnia, así mismo se observa que el 25% de pacientes con medicación para dormir. Según el estudio los pacientes en hemodiálisis vivencian una serie de dificultades y entre ellos se presentan de manera prevalente algunos signos somáticos como los trastornos de sueño afectando en gran medida la calidad de vida de este tipo de pacientes (Zambrano & et al, 2019).

Tabla 31 Signos asociados

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Signos asociados	Escalofríos	4	17%
	Prurito	4	17%
	Sudoración	15	63%
	S/R	1	4%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Los datos analizados manifiestan que el 63% de los pacientes presentaba sudoración, 17% escalofríos y 17% prurito.

En este ámbito él (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) explica que el manejo inicial de la persona con prurito consiste en identificar y, si es posible, tratar específicamente las causas subyacentes, con especial hincapié en los fármacos. Deben evitarse los factores agravantes, como el alcohol, las comidas picantes, el calor, el uso de ropa ajustada, la utilización de jabones con detergentes, etc.

Tabla 32 Uso de pañal y sonda vesical

Ítem		Frecuencia	Porcentaje
Pañal	No	20	83%
	Si	4	17%
Sonda vesical	No	23	94%
	Si	1	4%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Se identifica que el 38% de los pacientes presenta dependencia relacionada con la necesidad de higiene y protección de la piel. Esto se encontró manifestado con un 17% de pacientes que usan pañales, un 4% de pacientes con sonda vesical. Según lo explica el paciente con enfermedad crónico degenerativas tiene con mayor frecuencia factores de riesgo para la adquisición de infecciones diversas. Por un lado, la uremia origina alteraciones en la respuesta humoral, la función linfocitaria, los macrófagos y los polimorfonucleares. Por otro lado, la causa subyacente de la ERC es en ocasiones una condición que compromete la normal evacuación de la orina y la integridad de la vía urinaria, o bien implica su manipulación (reflujo vesicoureteral, vejiga neurógena, válvulas uretrales, prostatismo, sondaje vesical, cateterización renal, litiasis complicada, poliquistosis). (Agudo & et al, 2020)

Tabla 33 Higiene

Ítem		Frecuencia	Porcentaje
Número de baños/semanales	Menos de 5 baños semanales	6	25%
	Baños diariamente	15	63%
	Más de 1 baño diariamente	3	12%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

En cuanto a las prácticas de higiene cotidianas 25% de los pacientes no realiza el baño diariamente, mientras que un 12% realiza más de un baño diario. Según lo explica (García & Barragán, 2000) los pacientes que se encuentran en hemodiálisis por insuficiencia renal crónica deben de mantener una higiene de la piel apta evitando el deterioro de la piel y determinando mejores condiciones para la toma de los accesos vasculares, disminuyendo la probabilidad de infecciones y complicaciones.

Tabla 34 Condición de paciente encamado

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Paciente encamado	No	17	71%
	Cada 2 horas	2	
	Si	5	29%
	Cada 6 horas		

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

En cuanto a las necesidades asociadas a la protección de la piel un 29% de pacientes refiere estar encamado, de los cuales un 21% requiere de cambios posturales cada 6 horas, y un 8% cada dos horas. Ninguno evidenció heridas o úlceras por presión. Con relación a ello el (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) indica que las medidas de prevención de las UPP son: cambios posturales, adecuada nutrición, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza e hidratación.

Tabla 35 Estado de conciencia

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conciencia	Consciente	22	92%
	Somnoliento	2	8%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Con relación a la necesidad de evitar peligros del entorno se identificó que la totalidad de los pacientes eran independientes, 92% presenta un estado consiente, solo 8% manifiesta encontrarse somnoliento. Según un estudio de (Serrano Navarro & et al, 2019) las alteraciones del sueño tienen una alta prevalencia en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada, tanto en prediálisis como en tratamiento renal sustitutivo; siendo las más frecuentes el insomnio, el síndrome de piernas inquietas, la apnea obstructiva del sueño y la somnolencia diurna excesiva.

Tabla 36 Estado de ánimo

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Estado de ánimo	Ansioso	14	58%
	Preocupado	4	17%
	Tranquilo	6	25%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

En cuanto al estado de ánimo, el 58% expresó sentirse ansioso, 25% tranquilo y un 17% preocupado. El (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) indica que con relación a la ansiedad como consecuencia de síntomas psicológicos asociados a las condiciones de su enfermedad, requiere una evaluación individual del paciente en FFV que incluya las posibles causas desencadenantes, su estado adaptativo, estadio de la enfermedad, los tratamientos asociados y las preferencias del paciente. Las medidas de apoyo psicológico al enfermo y sus allegados son la primera medida que debe proporcionarse tras la valoración individual.

Tabla 37 Necesidad de evitar peligros del entorno

Ítem		Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento de la patología	Si	24	100%
Conocimiento del tratamiento médico	Si	24	100%
Conocimiento del tratamiento de diálisis	Si	24	100%
Esquema de vacunas inmunoprevenibles	Si	24	100%
Alergias conocidas	No	1	4%
	Si	23	96%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

La totalidad de los pacientes identifica y conoce su patología, el tratamiento asociado, así mismo el 100% cuenta con el esquema de vacunas inmunoprevenibles y el 23% tiene alergias conocidas. Según lo explica (Dominguez & et al, 2014) todos los pacientes con enfermedad renal crónica que se encuentran sometidos a hemodiálisis deben estar conscientes de su tratamiento ya que esto le permite a cada paciente enfrentar la enfermedad, adaptarse a su condición, y así lograr mayor bienestar, confort y mejorar su cooperación frente a los tratamientos recibidos.

Tabla 38 Necesidad de comunicarse

Ítem		Frecuencia	Porcentaje
Organización del pensamiento-lenguaje	Coherente	16	67%
	Confuso	8	33%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Se observa que el 67% de los pacientes presentaba organización del pensamiento coherente, solo el 33% presenta cierto nivel de confusión. Según lo explica (Malkina, 2020) en etapas avanzadas la pérdida grave de función renal puede desarrollar diferentes síndromes o patologías producto de niveles altos de desecho en

la sangre, entre estos se encuentran los trastornos de disfunción cerebral provocando confusión y letargo.

Tabla 39 Necesidad de vestirse y desvestirse

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Aspecto general	Adecuado	23 96%
	Descuidado	1 4%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Según los datos levantados el 96% de los pacientes mostró independencia con relación de necesidad de vestirse y desvestirse, solo un 4% de la población manifestó un aspecto general descuidado. Según lo explica (Rivera Vázquez & Rojas, 2017) una de las consecuencias de la enfermedad es que los pacientes en la dimensión social perciben una calidad baja manifestando poco interés por su aspecto físico.

Tabla 40 Necesidad religiosas y espirituales

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Religión a la que pertenece	Ateo	5 21%
	Católico	15 63%
	Cristiano	4 17%
Solicita ayuda espiritual	No	18 75%
	Sí	6 25%
Utiliza medicina alternativa	No	15 63%
	Si	9 38%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Con relación a la necesidad de vivir según sus valores y creencias la totalidad de los pacientes manifiesta independencia. Entre las prácticas religiosas y creencias, el 63% indicó ser católico, 21% ateo y un 17% se identifica como cristiano. En cuanto a

la solicitud de ayuda espiritual el 25% indica que sí, un 9% refiere que emplea algún tipo de medicina alternativa.

Otra indicación del (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) ante las necesidades de apoyo emocional, indican que en ausencia de evidencia apropiada sobre cuál es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual, se recomienda ofrecer dicho apoyo como parte integral de los cuidados, cualquiera que sea el contexto de atención, y con un enfoque basado en los principios de la comunicación efectiva.

Tabla 41 Problemas emocionales

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Problemas emocionales	No	11 46%
	Sí (Depresión)	13 54%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Un 54% indica sufrir de depresión como problema emocional. Según lo establece el (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) la evaluación inicial del paciente deprimido en cuidado paliativo comprende: identificación y abordaje de causas potencialmente tratables, valoración de los efectos adversos y las interacciones de los tratamientos farmacológicos previos y estimación del posible riesgo de suicidio. La terapia inicial del paciente deprimido en cuidado paliativo comprende intervenciones estructuradas psicosociales, incluida la psicoterapia por el personal del equipo que le atiende y, si el caso lo requiere, por personal especializado dentro de un programa estructurado.

Tabla 42 Necesidades de trabajar y sentirse realizado

Ítem	Frecuencia	Porcentaje	
Realiza actividades	No	20 84%	
	Sí	Caminata	2
		Estudiante	2 16%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Con relación a la realización de actividades un 8% refiere realizar caminatas y un 8% indica ser estudiante, el 84% restante no realiza ningún tipo de actividad. Fomentar la sensación de sentirse realizado es uno de los roles de los profesionales de enfermería durante la prestación de cuidados paliativos, en tal sentido la labor se ciernen a brindar apoyo al paciente a llevar una vida activa en la medida de sus posibilidades (Gobierno de Colombia, 2018).

Tabla 43 Necesidades de practicar en actividades recreativas

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Preferencia por el ocio	Caminatas	2 8%
	Lectura	2 8%
	Otros	1 4%
	Televisión	19 80%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis e interpretación

Con relación a las necesidades de practicar en actividades recreativas el 79% de los entrevistados manifestó ser independiente, solo un 21% presentó signos de dependencia. En cuanto a las actividades recreativas realizadas el 80% indica que ve televisión, el 8% que realiza caminatas, 8% lecturas y 1% otras actividades. El 92% indica que no realiza actividades recreativas de forma diaria. Otro estudio realizado en el área identificó que algunos pacientes en etapas avanzadas de insuficiencia renal crónica presentan limitaciones para desempeñar actividades físicas; “los pacientes se

ven obligados a renunciar a otras actividades como el deporte, aficiones sociales, y desarrollo personal” (Zambrano & et al, 2019).

Tabla 44 Principales hallazgos de la valoración inicial

Necesidad	Ítem	Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Necesidad de oxigenación	Signos vitales. tensión arterial	Presión Arterial Alta Nivel 1	16	67%
		Presión Arterial Alta Nivel 2	1	4%
	Capacidad respiratoria	Bradipnea	2	8%
		Taquipnea	8	33%
	Ruidos respiratorios agregados	Crepitantes	2	8%
		Roncus	3	13%
	Requerimientos de oxígeno	Si	5	21%
	Secreciones bronquiales	Sí	5	21%
Fumador	Sí	5	21%	
Necesidad de alimentación	Medidas antropométricas IMC	Obesidad	1	4%
		Sobrepeso	11	46%
	Tipo de dieta	General, Hipoproteica, Hiposódica, Hipercalórica	1	4%
	Dificultad para alimentarse	Sí	6	25%
	Signos y síntomas digestivos	Nausea	19	79%
Necesidad de eliminación	Alteraciones urinarias. Número de micciones/día	Catéter vesical	1	4%
	Características de micciones. Color	Amarillo rojizo	1	4%
		Café	2	8%
	Característica de micciones. Hematuria	Si	1	4%
	Características de evacuaciones	Blanda, Diarrea	1	4%
		Diarrea	1	4%
		Estreñimiento	5	21%
	Medicamentos para eliminación	Si	6	25%

	Ha presentado vómitos	Sí	7	29%
Necesidades de moverse y mantener una postura adecuada	Situación actual	Encamado	2	8%
		Sillón-cama	3	13%
	Limitación de movimientos	Extremidades inferiores	8	33%
		Extremidades superiores	8	33%
	Dificultad para la movilización	Artralgia	13	54%
		Mialgia	5	21%
		Neuralgia	4	17%
	Presenta hinchazón de alguna extremidad	Sí	10	42%
Presenta debilidad corporal	Sí	19	79%	
Necesidad de descanso y sueño	Número de horas sueño/día	Dificultad para dormir	5	21%
		Parasomnia	2	8%
		Sueño diurno (SED)	6	25%
	Medidas para dormir	Medicamentos	6	25%
Necesidad de vestirse y desvestirse	Aspecto general	Descuidado	1	4%
Necesidades de mantener temperatura corporal	Signos asociados	Escalofríos	4	17%
		Purito	4	17%
		Sudoración	15	63%
Necesidad de higiene y protección de la piel	Pañal	Si	4	17%
	Sonda vesical	Si	2	8%
	Paciente encamado	Si	7	29%
	Tiempo de cambios postulares	Cada 2 horas	1	4%
		Cada 6 horas	5	21%
Necesidad de evitar peligros del entorno	Nivel de conciencia	Somnoliento	2	8%
	Estado de ánimo	Ansioso	14	58%
		Preocupado	4	17%
Necesidad de comunicarse	Organización del pensamiento-lenguaje	Confuso	8	33%
	Dificultad de comunicación	Comprensión	2	8%
		Expresión	18	75%
Necesidad de vivir según sus valores y creencias	Solicita ayuda espiritual	Sí	6	25%
	Utiliza medicina alternativa	Si	9	38%

	Problemas emocionales	Sí (Depresión)	13	54%
Necesidades de trabajar y sentirse realizado	Realiza actividades	No	20	83%
Necesidades de practicar en actividades recreativas	Cada cuanto tiempo realiza actividades recreativas	No realiza	22	92%
Necesidad de aprendizaje	Reconoce su estado de salud	No	4	17%
	Reconoce su tratamiento	Sí	22	92%
	Presenta limitaciones para el aprendizaje	Cognitivas	7	29%
		Físicas	3	13%
Manifiesta interés por aprender	No	7	29%	

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

Análisis general

Se procedió a realizar la valoración de los pacientes siguiente el modelo de Virginia Henderson, identificándose que con respecto a las necesidades de oxigenación, los pacientes presentaron principalmente sintomatología de hipertensión arterial, así mismo se encontraban pacientes con capacidad respiratoria disminuida con taquipnea y bradipnea, ruidos respiratorios agregados con esputo y algunos manifestaron requerir oxigenación con dosis variantes.

Con relación a la necesidad de nutrición, los pacientes presentaron sobrepeso, baja ingesta de líquidos, pérdida de apetito, dificultad para alimentarse y síntomas digestivos como náuseas y vómitos. Con relación a las alteraciones urinarias los pacientes presentaron en algunos casos hematuria, diarrea y estreñimiento.

Con respecto a las necesidades de moverse y mantener una postura adecuada, se identificaron pacientes encamados con problemas de limitación de movimientos en

las extremidades superiores e inferiores y principalmente se identificaron dificultades para la movilización artroalgia y mialgia.

En cuanto a las necesidades de descanso y sueño, se identificaron pacientes con dificultad para dormir, parasomnia, insomnio requiriendo en algunos casos de medicamentos.

Con relación a las necesidades de vestirse y desvestirse solo un paciente no manifestó un aspecto general adecuado.

En cuanto a las necesidades de mantener la temperatura corporal, se identificó que los pacientes en general mantenían una coloración rubicunda de la piel, además algunos presentaron prurito, sudoración y escalofríos.

Con respecto a las necesidades de higiene y protección de la piel, solo algunos pacientes manifestaron usar pañales, un solo paciente indicó usar sonda vesical. Todos manifestaron realizar una higienización frecuente. Algunos indicaron encontrarse encamados con necesidad de cambios posturales, sin embargo ninguno presentó úlceras en la piel.

En lo correspondiente a las necesidades de evitar los peligros del entorno, algunos pacientes manifestaron encontrarse somnolientos y ansiosos. Referente al reconocimiento de la enfermedad, tratamiento y patología el total de pacientes afirmó que si lo hacía.

En lo referente a las necesidades de comunicación de los pacientes, algunos mostraron un estado de confusión. Todos indicaron comunicación normal con los demás.

Con relación a la necesidad de vivir según sus valores y creencias, algunos indicaron pertenecer a una religión en específico, mientras que otros son ateos, en cuanto a los problemas emocionales la mayoría indicó sufrir de depresión.

Al respecto de las necesidades de trabajar y sentirse realizados la mayoría indicó tener un bajo nivel de desempeño de actividades, al igual que en el ámbito de las necesidades de participar en actividades recreativas.

Con relación a las necesidades de aprendizaje, todos los pacientes reconocen su estado de salud.

3.5. Desarrollo de la propuesta

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS (SIN EL MODELO)

<p>Diagnóstico de enfermería: Fatiga, r/c mala condición física, m/p cansancio, deterioro de la habilidad para mantener las actividades habituales, energía insuficiente, letargo.</p>			
<p>Definición: Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.</p>			
<p>DOMINIO: 4</p> <p>Actividad/ reposo</p>	<p>CLASE: 3</p> <p>Equilibrio de la energía</p>	<p>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</p> <p>Fatiga</p>	<p>CÓDIGO: 00093</p>
<p>NOC</p>	<p>NIC</p>	<p>Ejecución (principio científico)</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Fatiga: efectos nocivos (0008)</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución de la energía (000803) 	<p>Manejo de la energía (O180)</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de 	<p>La fatiga es una experiencia subjetiva de cansancio, debilidad o falta de energía, que puede manifestarse afectando de manera variable las dimensiones física, cognitiva y emocional, y que no guarda una adecuada proporción con el nivel de la actividad realizada.</p>	<p>S El paciente indica que experimenta episodios de fatiga constante con mayor manifestación luego de los procedimientos de diálisis.</p>

<p>PI 2 (Sustancial)</p> <p>PD 3 (Moderado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interferencia con el régimen de tratamiento (000807) <p>PI 2 (Sustancial)</p> <p>PD 3 (Moderado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la actividad física (000810) <p>PI 2 (Sustancial)</p> <p>PD 3 (Moderado)</p>	<p>la edad y el desarrollo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda. • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. • Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad • Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades. 	<p>La fisiopatología de la fatiga se conoce solo parcialmente. La fatiga “primaria” se asocia a fenómenos atribuidos a las patologías de base (por ejemplo, cáncer avanzado) y la “secundaria” a comorbilidades o síndromes concomitantes.</p> <p>La mayoría de los pacientes requiere tratamiento sintomático con fármacos y/o intervenciones no farmacológicas</p> <p>Tratamiento farmacológico:</p> <p>Metilfenidato: derivado de anfetaminas que actúa facilitando la neurotransmisión monoaminérgica, a través del bloqueo de la recaptación de dopamina y de la facilitación de liberación de catecolaminas. Ha mostrado efectividad en el manejo de sedación por opioides y de fatiga en pacientes con cáncer avanzado. Existe cierta información sobre su uso en pacientes crónicos no oncológicos, pero la</p>	<p>O Se observa en el paciente dificultad para ejecutar actividades, desánimo y problemas de deambulación, preferencia por encontrarse en posición de descanso.</p> <p>Disminución de la energía</p> <p>PF 3 (Moderado)</p> <p>Interferencia con el régimen de tratamiento (000807)</p> <p>PF 3 (Moderado)</p> <p>Deterioro de la actividad física (000810)</p> <p>PF 3 (Moderado)</p>
--	---	---	---

<p>Conservación de la energía (0002)</p> <ul style="list-style-type: none"> Equilibrio entre actividad y descanso. (000201) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 A veces demostrado</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliza técnicas para conservar energía. (000204) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p>		<p>evidencia disponible en estos pacientes es menor. Comúnmente se utilizan dosis iniciales de 5-10 mg en la mañana, con repetición de dosis cada 2-4 horas, titulando según respuesta hasta 40-60 mg/día. (Palma, 2010)</p> <p>Modafinilo: actúa vía inhibición del ácido gamma-aminobutírico (GABA), promoviendo la liberación de neurotransmisores excitatorios como dopamina, norepinefrina y serotonina. Se ha estudiado como alternativa de tratamiento de fatiga principalmente en pacientes con enfermedades neurológicas avanzadas como esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y esclerosis lateral amiotrófica. En general, se utilizan dosis iniciales de 200 mg/día, titulando según respuesta hasta 400 mg/día. En pacientes de edad avanzada o con insuficiencia hepática se recomiendan dosis de 100 mg/día. (Palma, 2010)</p>	<p>Conservación de la energía (0002)</p> <p>Equilibrio entre actividad y descanso. (000201)</p> <p>PF 3 (A veces demostrado)</p> <p>Utiliza técnicas para conservar energía. (000204)</p> <p>PF 3 A veces demostrado</p> <p>A Se le enseñó al paciente técnicas para manejar la fatiga por medio de la respiración y relación</p> <p>P Se sugiere búsqueda de asesoría profesional para reducir la fatiga combinando</p>
--	--	--	--

<p>PD: 3 A veces demostrado</p>		<p>Corticoides Existe consenso entre los expertos en que tienen un efecto beneficioso en el alivio de fatiga, aunque su resultado se mantiene por períodos cortos de una a dos semanas, por lo que su uso se recomienda en pacientes con corta expectativa de vida y por períodos limitados. (Palma, 2010)</p> <p>Otros fármacos potencialmente beneficiosos, que se encuentran en estudio, son: pemolina, amantadina, donepezil, carnitina y etanercept. (Palma, 2010)</p>	<p>medidas farmacológicas en conjunto con las técnicas de respiración y relajación indicadas.</p>
--	--	--	---

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS SEGÚN EL MODELO DE PATHERSON Y ZDERATH

Diagnóstico de enfermería: Fatiga r/c mala condición física, m/p cansancio, deterioro de la habilidad para mantener las actividades habituales, energía insuficiente, letargo.			
Definición: Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.			
DOMINIO: 4	CLASE: 3	ETIQUETA DIAGNOSTICA:	CÓDIGO: 00093
Actividad/ reposo	Equilibrio de la energía	Fatiga	
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Fatiga: efectos nocivos (0008) <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la energía (000803) PI 2 (Sustancial)	Manejo de la energía (O180) <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. • Animar la verbalización de 	La fatiga es una experiencia subjetiva de cansancio, debilidad o falta de energía, que puede manifestarse afectando de manera variable las dimensiones física, cognitiva y emocional, y que no guarda una adecuada proporción con el nivel de la actividad realizada.	S Paciente refiere sentirse a gusto con el desarrollo de las actividades, percibiendo mejoras en los niveles de fatiga. O Se observa en los pacientes niveles de cansancio, con fatiga al culminar los tratamientos. S observan mejoras

<p>PD 3 (Moderado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interferencia con el régimen de tratamiento (000807) <p>PI 2 (Sustancial)</p> <p>PD 3 (Moderado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la actividad física (000810) <p>PI 2 (Sustancial)</p> <p>PD 3 (Moderado)</p> <p>Pesimista con el estado de salud actual (000819)</p>	<p>los sentimientos sobre las limitaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corregir los déficits del estado fisiológico (p. ej., anemia inducida por quimioterapia) como elementos prioritarios. • Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional • Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (p. ej., requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama). • Favorecer el reposo en cama/limitación de actividades (aumentar el 	<p>La fisiopatología de la fatiga se conoce solo parcialmente. La fatiga “primaria” se asocia a fenómenos atribuidos a las patologías de base (por ejemplo, cáncer avanzado) y la “secundaria” a comorbilidades o síndromes concomitantes</p> <p>La mayoría de los pacientes requiere tratamiento sintomático con fármacos y/o intervenciones no farmacológicas</p> <p>Tratamiento farmacológico:</p> <p>Metilfenidato: derivado de anfetaminas que actúa facilitando la neurotransmisión monoaminérgica, a través del bloqueo de la recaptación de dopamina y de la facilitación de liberación de</p>	<p>en los niveles de energía y en la adaptación de los pacientes frente a las capacidades y actividades ejecutadas</p> <p>Disminución de la energía</p> <p>PF 3 (Moderado)</p> <p>Interferencia con el régimen de tratamiento (000807)</p> <p>PF 3 (Moderado)</p> <p>Deterioro de la actividad física (000810)</p> <p>PF 3 (Moderado)</p> <p>Conservación de la energía (0002)</p> <p>Equilibrio entre actividad y descanso. (000201)</p>
--	---	--	---

<p>PI: 2 (Sustancial) PD: 3(Moderado)</p> <p>Deterioro del estado de ánimo (000821)</p> <p>PI: 2 (Sustancial) PD: 3 (Moderado)</p> <p>Comorbilidad psicológica (000823)</p> <p>PI: 2 (Sustancial) PD: 3 (Moderado)</p>	<p>número de períodos de descanso) con períodos de descanso protegidos de elección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación. • Ayudar en las actividades físicas normales (deambulaci3n, traslados, cambios posturales y cuidado personal), si resulta necesario • Enseñar al paciente y a los allegados aquellas técnicas de autocuidados que minimicen el consumo de oxígeno (técnicas de automonitorizaci3n y de ritmo en la realizaci3n de las actividades 	<p>catecolaminas. Ha mostrado efectividad en el manejo de sedaci3n por opioides y de fatiga en pacientes con c3ncer avanzado. Existe cierta informaci3n sobre su uso en pacientes cr3nicos no oncol3gicos, pero la evidencia disponible en estos pacientes es menor. Comúnmente se utilizan dosis iniciales de 5-10 mg en la mañana, con repetic3n de dosis cada 2-4 horas, titulando segun respuesta hasta 40-60 mg/día. (Palma, 2010)</p> <p>Modafinilo: actúa vía inhibici3n del ácido gamma-aminobutírico (GABA), promoviendo la liberaci3n de neurotransmisores excitatorios como dopamina, norepinefrina y serotonina. Se ha estudiado como alternativa de tratamiento de fatiga principalmente en pacientes con enfermedades neurol3gicas</p>	<p>PF 3 (A veces demostrado)</p> <p>Utiliza técnicas para conservar energía. (000204)</p> <p>PF 3 A veces demostrado</p> <p>A se le ayud3 a los pacientes a hacer frente a la fatiga experimentada tras la diálisis, por medio de talleres de respiraci3n y relajaci3n, así mismo se realizaron conversatorios con cada paciente donde se les refiri3 no ejecutar actividades que demanden altos niveles de energía. Aunado a esto se le indic3 a los pacientes las actividades de descanso y como distribuir la energía.</p> <p>P Se sugiere a los pacientes a continuar las actividades de</p>
--	--	---	--

<p>Conservación de la energía (0002)</p> <ul style="list-style-type: none"> Equilibrio entre actividad y descanso. (000201) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 A veces demostrado</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliza técnicas para conservar energía. (000204) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p>	<p>diarias)</p> <ul style="list-style-type: none"> Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda. Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia. Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía. Facilitar la alternancia de 	<p>avanzadas como esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y esclerosis lateral amiotrófica. En general, se utilizan dosis iniciales de 200 mg/día, titulando según respuesta hasta 400 mg/día. En pacientes de edad avanzada o con insuficiencia hepática se recomiendan dosis de 100 mg/día. (Palma, 2010)</p> <p>Corticoides Existe consenso entre los expertos en que tienen un efecto beneficioso en el alivio de fatiga, aunque su resultado se mantiene por períodos cortos de una a dos semanas, por lo que su uso se recomienda en pacientes con corta expectativa de vida y por períodos limitados. (Palma, 2010)</p> <p>Otros fármacos potencialmente beneficiosos, que se encuentran en</p>	<p>respiración y relajación. Se recomienda a las familias cuidadores ayudar a los pacientes a seleccionar aquellas actividades que puedan ser ejecutadas, además de brindar apoyo a cada paciente para evitar incrementar los niveles de cansancio.</p>
--	--	--	---

<p>PD: 3 A veces demostrado</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconoce limitaciones de energía. (000203) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 A veces demostrado</p>	<p>períodos de reposo y actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades. 	<p>estudio, son: pemolina, amantadina, donepezil, carnitina y etanercept. (Palma, 2010)</p> <p>En enfermos en fase de fin de vida, la reversibilidad de la fatiga deja de ser un objetivo, ya que se considera parte del proceso de agonía. Es muy importante reconocer este proceso para no someterlos a terapias fútiles que además pueden provocar falsas expectativas y sufrimientos innecesarios (Palma, 2010)</p> <p>La mayoría de los pacientes que se sienten fatigados tienden a permanecer en reposo por períodos progresivamente prolongados, con el fin de ahorrar energía, conducta que con frecuencia es reforzada por el equipo de salud. Sin embargo, el aumento de reposo no se traduce en un</p>	
---	--	--	--

		<p>incremento de energía, sino más bien en un des acondicionamiento progresivo, lo que por lo común agrava la sintomatología.</p> <p>En este contexto, se han desarrollado diversas intervenciones con el fin de prevenir o revertir procesos de fatiga progresiva. Entre estas intervenciones se incluyen: educación y consejería, ejercicio aeróbico, técnicas de conservación de energía y psicoterapia.</p> <p>Educación al paciente: consiste en explicar la naturaleza del síntoma, sus posibles causas, las opciones de manejo y cuáles son las expectativas razonables de recuperación. De esta manera el paciente y familia pueden tener una visión realista de</p>	
--	--	---	--

		<p>la situación y de sus posibilidades de mejoría. (Palma, 2010)</p> <p>Intervenciones psicológicas: existe alguna evidencia de que las técnicas para manejar el estrés podrían contribuir a mejorar los niveles de fatiga. Asimismo, es conocida la fuerte correlación entre síntomas ansiosos depresivos y fatiga, por lo que se plantea que las terapias orientadas a mejorar los trastornos del ánimo, podrían tener un impacto positivo en la sensación de fatiga de algunos pacientes.</p> <p>Ejercicio físico: numerosos estudios han mostrado que el ejercicio físico aeróbico reduce de manera significativa la fatiga en pacientes sobrevivientes de cáncer y en aquellos en tratamiento oncológico activo.</p>	
--	--	---	--

		<p>También se ha encontrado cierta evidencia similar en portadores de esclerosis múltiple e insuficiencia cardíaca o respiratoria crónicas. (Palma, 2010)</p> <p>Otras actividades descritas potencialmente beneficiosas: acupuntura, aromaterapia, masajes, terapias de relajación y participación en grupos de autoayuda. (Palma, 2010)</p>	
--	--	---	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS (SIN EL MODELO)

Diagnóstico de enfermería: Insomnio, r/c ansiedad, depresión, temor, m/p estado de salud comprometido, dificultad para iniciar el sueño.			
Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.			
DOMINIO: 4 Actividad y reposo	CLASE: 1 Sueño/reposo	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Insomnio	CÓDIGO: 0095
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación

<p>Sueño (0004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño (000401) <p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calidad del sueño (000404) <p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p>	<p>Mejorar el sueño (1850)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. • Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. • Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo sueño/vigilia del paciente. • Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño. 	<p>El sueño es un estado fisiológico, activo, recurrente y reversible en el que baja el nivel de vigilancia con disminución de la percepción y la capacidad de respuesta a los estímulos ambientales. Su condición de reversible lo diferencia del estado de coma. Esta aparente depresión funcional esconde un estado dinámico, con regulación propia, en el que se activan grupos neuronales que desempeñan funciones diferentes a las de la vigilia.</p> <p>Por su condición de proceso activo está en estrecha relación con la vigilia y es necesario para la salud general del organismo. Su disfunción es causa de trastornos físicos y psíquicos. El sueño tiene su propia regulación neurológica (consolidación de la</p>	<p>S Pacientes manifiestan no lograr conciliar el sueño continuo, experimentando pensamientos constantes sobre su enfermedad, además de dolor y preocupación.</p> <p>O Pacientes no manifiestan mejorías en el cumplimiento de los ciclos de descanso, evidenciándose síntomas de insomnio y cansancio. Expresando de forma concreta que se mantienen las preocupaciones y temores, por lo que no alcanzan a dormir bien.</p> <p>Horas de sueño (000401)</p> <p>PF: 2 Sustancialmente comprometido</p>
--	---	---	---

<p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para conciliar el sueño (000421) <p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño. 	<p>memoria y función de algunos neurotransmisores), endocrino-metabólica (regulación de la temperatura corporal y producción hormonal), inmunológica y cardiorrespiratoria. El sueño es un estado conductual, generalmente espontáneo, que precisa de un ambiente y postura adecuados y genera cambios electroencefalográficos que lo diferencian de la vigilia.</p> <p>El sueño es un estado fisiológico complejo y necesario para la vida. Está constituido por dos fases: la fase de movimientos oculares no rápidos (NREM) y la fase de movimientos oculares rápidos (REM). Cada una de éstas difiere principalmente por sus características anatómicas, fisiológicas y conductuales. Cada periodo se compone de cuatro a seis ciclos en toda la noche con duración de 90 a 110 minutos en los que se progresa de un</p>	<p>Calidad del sueño (000404)</p> <p>PF: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>Dificultad para conciliar el sueño (000421)</p> <p>PF: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>A Se determinó el patrón de sueño de cada paciente, se ajustaron los medicamentos para facilitar el sueño, se indicó al paciente sobre los efectos de las condiciones psicológicas sobre el estado de sueño</p> <p>P Se sugiere que especialistas realicen un abordaje del grupo de</p>
--	--	--	---

		<p>estado de alerta a sueño ligero y sueño profundo.</p> <p>En diferentes estudios se ha demostrado que la gravedad de la enfermedad está relacionada con alteraciones del sueño en pacientes críticamente enfermos. Los pacientes con trastornos primarios del sueño reportan alteración de la continuidad del sueño con la consiguiente privación de éste de manera crónica.</p> <p>Estrategia farmacológica</p> <p>En relación con la estrategia farmacológica para el tratamiento de la fragmentación del sueño en el enfermo grave es importante considerar la melatonina, una interesante hormona que muestra alteraciones significativas en el paciente grave. (Carrillo-Esper & et al, 2017)</p>	<p>pacientes, desde el punto de vista psicológico, con el fin de aminorar la carga mental que cohibe la conciliación del sueño de forma normal.</p>
--	--	---	---

		<p>Se conoce que el uso de benzodiacepinas, que son los fármacos más utilizados en el tratamiento de la ansiedad, estrés, en los pacientes oncológicos han tenido un gran resultado como tratamiento para trastornos de sueño.</p> <p>Entre los fármacos más utilizados para trastorno de sueño en pacientes renales son</p> <p>Melatonina: actúa en la fisiología del sueño, es de rápida adsorción.</p> <p>Benzodiacepinas: usado para insomnio agudo, por lo que se recomienda usar en dosis bajas.</p> <p>Medicamentos gabaergicos, no benzodiacepinas</p> <p>Antidepresivos. Etc</p>	
--	--	---	--

--	--	--	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS SEGÚN EL MODELO DE PATHERSON Y ZDERATH

Diagnóstico de enfermería: Insomnio, r/c ansiedad, depresión, temor, m/p estado de salud comprometido, dificultad para iniciar el sueño.			
Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.			
DOMINIO: 4 Actividad y reposo	CLASE: 1 Sueño/reposo	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Insomnio	CÓDIGO: 0095
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Sueño (0004) <ul style="list-style-type: none"> Horas de sueño (000401) PI: 2 Sustancialmente comprometido	Mejorar el sueño 1850 <ul style="list-style-type: none"> Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, 	El sueño es un estado fisiológico, activo, recurrente y reversible en el que baja el nivel de vigilancia con disminución de la percepción y la capacidad de respuesta a los estímulos ambientales. Su condición de reversible lo diferencia del estado de coma. Esta aparente depresión funcional esconde un estado dinámico, con	S Pacientes manifiestan mejoría con respecto a la cantidad y calidad de sueño. O Se observa en los pacientes disminución de los niveles de preocupación, así como mejoras en las condiciones del entorno antes de

<p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> Calidad del sueño (000404) <p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificultad para conciliar el sueño (000421) 	<p>dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo sueño/vigilia del paciente. Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño. Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que 	<p>regulación propia, en el que se activan grupos neuronales que desempeñan funciones diferentes a las de la vigilia.</p> <p>Por su condición de proceso activo está en estrecha relación con la vigilia y es necesario para la salud general del organismo. Su disfunción es causa de trastornos físicos y psíquicos. El sueño tiene su propia regulación neurológica (consolidación de la memoria y función de algunos neurotransmisores), endocrino-metabólica (regulación de la temperatura corporal y producción hormonal), inmunológica y cardiorrespiratoria. El sueño es un estado conductual, generalmente espontáneo, que precisa de un ambiente y postura adecuados y genera</p>	<p>dormir, por lo que se alcanzó que los pacientes alcancen las horas mínimas de descanso y sueño.</p> <p>Sueño (0004)</p> <p>Horas de sueño (000401)</p> <p>PF: 3 Moderadamente comprometido</p> <p>Calidad del sueño (000404)</p> <p>PF: 3 Moderadamente comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificultad para conciliar el sueño (000421) <p>PF: 3 Moderadamente comprometido</p> <p>Equilibrio emocional</p>
---	---	---	---

<p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p> <p>Equilibrio emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere dormir de forma adecuada (120404) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p>	<p>contribuyan a trastornar el esquema del sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. • Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama. • Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda. Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas 	<p>cambios electroencefalográficos que lo diferencian de la vigilia.</p> <p>El sueño es un estado fisiológico complejo y necesario para la vida. Está constituido por dos fases: la fase de movimientos oculares no rápidos (NREM) y la fase de movimientos oculares rápidos (REM). Cada una de éstas difiere principalmente por sus características anatómicas, fisiológicas y conductuales. Cada periodo se compone de cuatro a seis ciclos en toda la noche con duración de 90 a 110 minutos en los que se progresa de un estado de alerta a sueño ligero y sueño profundo.</p> <p>En diferentes estudios se ha demostrado que la gravedad de la enfermedad está</p>	<p>Refiere dormir de forma adecuada (120404)</p> <p>PF: 2 Raramente demostrado</p> <p>A Se realizaron actividades en conjunto con los pacientes y familiares, identificándose los factores que intervienen en la conciliación efectiva del sueño, tales como las características del lugar donde duermen, las condiciones del entorno, la alimentación llevada y las preocupaciones sobre su estado de enfermedad. Se le ofreció una charla donde se concientizó sobre la importancia de las 8 horas de descanso diario, así como técnicas</p>
---	---	---	---

<p>PD: 3 Frecuentemente demostrado</p>	<p>de inducción del sueño. Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño. • Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día- noche normales. • Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. 	<p>relacionada con alteraciones del sueño en pacientes críticamente enfermos. os pacientes con trastornos primarios del sueño reportan alteración de la continuidad del sueño con la consiguiente privación de éste de manera crónica.</p> <p>Estrategia farmacológica</p> <p>En relación con la estrategia farmacológica para el tratamiento de la fragmentación del sueño en el enfermo grave es importante considerar la melatonina, una interesante hormona que muestra alteraciones significativas en el paciente grave. (Carrillo-Esper & et al, 2017)</p> <p>Se conoce que el uso de benzodiazepinas, que son los fármacos más utilizados en el tratamiento de la</p>	<p>para preparar el ambiente y el cuerpo para dormir.</p> <p>Se sugiere a los participantes en el caso de no alcanzar cumplir con las horas necesarias, consultar a un especialista para identificar las causas médicas y las posibles soluciones farmacológicas u no farmacológicas.</p>
---	--	---	---

		<p>ansiedad, estrés, en los pacientes oncológicos han tenido un gran resultado como tratamiento para trastornos de sueño.</p> <p>Entre los fármacos más utilizados para trastorno de sueño en pacientes renales son</p> <p>Melatonina: actúa en la fisiología del sueño, es de rápida adsorción.</p> <p>Benzodiacepinas: usado para insomnio agudo, por lo que se recomienda usar en dosis bajas.</p> <p>Medicamentos gabaergicos, no benzodiacepinas</p> <p>Antidepresivos. Etc</p> <p>Estrategia no farmacológica</p>	
--	--	--	--

		<p>Se fundamenta en la modificación de los factores extrínsecos asociados con la fragmentación del sueño, con lo que se logra mejoría en su arquitectura. Las guías de práctica clínica recomiendan la implementación de estas medidas sobre las farmacológicas. Como parte de esta estrategia destaca mantener en lo posible un adecuado confort del paciente, evitar en lo posible medicamentos que fragmentan el sueño, como opioides, benzodiacepinas y propofol; eficientar la sincronía con el ventilador, mantener periodos prolongados de sueño fisiológico y evitar en lo posible los despertares, mantener una excelente analgesia, evitar el ruido y modular la intensidad de la luz, en especial durante la noche, mantener la relación sueño vigilia,</p>	
--	--	--	--

		propiciar el apoyo psicológico temprano, movilizar al enfermo durante el día, implementar protocolos de relajación (masoterapia) y de musicoterapia (Carrillo-Esper & et al, 2017)	
--	--	--	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS (SIN EL MODELO)

<p>Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento r/c cambios en los hábitos alimentarios, la actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, obesidad, m/p disminución en la frecuencia de defecar, esfuerzo excesivo en la defecación.</p>			
<p>Definición: Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.</p>			
<p>DOMINIO: 3</p> <p>Eliminación e intercambio</p>	<p>CLASE: 2</p> <p>Función gastrointestinal</p>	<p>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</p> <p>Estreñimiento</p>	<p>CÓDIGO: 00011</p>
<p>NOC</p>	<p>NIC</p>	<p>Ejecución (principio científico)</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Eliminación Intestinal (0501)</p> <ul style="list-style-type: none"> Estreñimiento (050110) 	<p>Entrenamiento intestinal (0440)</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñar al paciente/familia los principios de la educación intestinal. Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en 	<p>El profesional de enfermería tiene un papel relevante en la vigilancia y control de la eliminación intestinal que, aunque no es prioritaria en la atención inicial, resulta un aspecto importante a tener en cuenta para evitar el desarrollo y la aparición de complicaciones,</p>	<p>S Pacientes refieren tener dificultades de evacuación persistentes, sine embargo, hay mejorías en la frecuencia gracias a los laxantes administrados.</p>

<p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> Heces blandas y formadas (050105) <p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> Facilidad de eliminación de las heces. 	<p>fibra.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. <p>Manejo del estreñimiento/impactación fecal (0450)</p> <ul style="list-style-type: none"> Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado. Enseñar al paciente/familia para que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. 	<p>que difieren del motivo de ingreso inicial (Pérez-Sánchez & et al, 2017)</p> <p>Estreñimiento: es más común en pacientes con terapia dialítica, la condición resulta favorecida por una dieta baja en líquidos y fibras, el sedentarismo y, en algunos casos, por el uso de quelantes de fósforo. Para el tratamiento, inicialmente se debe intentar con medidas dietéticas, un uso racional de los quelantes, y si no resuelve el estreñimiento, requerirá del uso de laxantes. En este caso, son de elección aquellos laxantes osmóticos como la lactulosa. Se debe evitar el uso de enemas con contenido de fósforo osales de magnesio, por el riesgo de hiperfosfatemiae hipermagnesemia (Santacoloma & Giraldo, 2017)</p>	<p>O Mejoras parciales en los niveles de estreñimiento.</p> <p>Estreñimiento (050110)</p> <p>PF: 3 Moderadamente comprometido</p> <p>Heces blandas y formadas (050105)</p> <p>PF: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>Facilidad de eliminación de las heces. (050112)</p> <p>PF: 3 Moderadamente comprometido</p>
--	--	---	--

<p>(050112)</p> <p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente y a la familia el uso de laxantes si es necesario. 		<p>A Se enseñó a pacientes y cuidadores sobre los patrones alimenticios y la ingesta de líquidos para mejorar su condición.</p> <p>P Continuar con la dieta y seguir junto al paciente la frecuencia y características de la evacuación.</p>
---	--	--	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS SEGÚN EL MODELO DE PATHERSON Y ZDERATH

<p>Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento r/c cambios en los hábitos alimentarios, la actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, obesidad, m/p disminución en la frecuencia de defecar, esfuerzo excesivo en la defecación.</p>			
<p>Definición: Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.</p>			
<p>DOMINIO: 3</p> <p>Eliminación e intercambio</p>	<p>CLASE: 2</p> <p>Función gastrointestinal</p>	<p>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</p> <p>Estreñimiento</p>	<p>CÓDIGO: 00011</p>
<p>NOC</p>	<p>NIC</p>	<p>Ejecución (principio científico)</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Eliminación Intestinal (0501)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento (050110) 	<p>Fomento del Ejercicio (0200)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. • Ayudar al individuo a 	<p>El profesional de enfermería tiene un papel relevante en la vigilancia y control de la eliminación intestinal que, aunque no es prioritaria en la atención inicial, resulta un aspecto importante a tener en cuenta para evitar el desarrollo y la</p>	<p>S Pacientes manifiestan que han logrado defecar con cierta normalidad, sin esfuerzo significativo.</p> <p>O Paciente a mejorado los ritmos de defecación y ha logrado comunicar sus</p>

<p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heces blandas y formadas (050105) <p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilidad de 	<p>desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios. • Realizar ejercicios con la persona, según corresponda. • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos de los ejercicios. <p>Manejo del estreñimiento/impactación fecal (0450)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar las defecaciones, incluyendo 	<p>aparición de complicaciones, que difieren del motivo de ingreso inicial. (Pérez-Sánchez & et al, 2017)</p> <p>Estreñimiento: es más común en pacientes con terapia dialítica, la condición resulta favorecida por una dieta baja en líquidos y fibras, el sedentarismo y, en algunos casos, por el uso de quelantes de fósforo. Para el tratamiento, inicialmente se debe intentar con medidas dietéticas, un uso racional de los quelantes, y si no resuelve el estreñimiento, requerirá del uso de laxantes. En este caso, son de elección aquellos laxantes osmóticos como la lactulosa. Se debe evitar el uso de enemas con contenido de fósforo osales de magnesio, por el riesgo de</p>	<p>necesidades y preocupaciones sobre el tema.</p> <p>Estreñimiento (050110)</p> <p>PF: 3 Moderadamente comprometido Heces blandas y formadas (050105)</p> <p>PF: 3 Moderadamente comprometido Facilidad de eliminación de las heces. (050112)</p> <p>PF: 3 Moderadamente comprometido</p> <p>A Se elaboró un plan rutinario de ejercicios acorde a sus niveles de energía, además se enseñaron técnicas de relajación muscular. A la par se trabajaron aspectos dietéticos como la ingesta de alimentos con alto contenido de fibra y laxantes naturales, además se educó sobre la hidratación</p>
--	--	--	---

<p>eliminación de las heces. (050112)</p> <p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p> <p>Estado de comodidad: Física (2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> Relajación muscular (201003) 	<p>frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado. Enseñar al paciente/familia para que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. Enseñar al paciente y a la familia el uso de laxantes si es necesario. Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda. 	<p>hiperfosfatemias hipermagnesemia (Santacoloma & Giraldo, 2017)</p> <p>El estreñimiento es un problema poco tratado, sin embargo, es una complicación común en los pacientes críticos⁷. Según varios estudios, la prevalencia del estreñimiento en el paciente crítico varía del 5-83%^{8,9}. Esta disparidad entre datos es consecuencia, además de por la falta de una definición consensuada, de la inexistencia de un protocolo para su prevención y tratamiento. Sus causas no han sido aclaradas en estudios controlados; se puede asociar con factores como: alteraciones en la motilidad intestinal secundarias al proceso patológico, cambios inducidos por diferentes fármacos de empleo habitual, y un aporte</p>	<p>necesaria según su condición de salud, en</p> <p>P Asesoría nutricional con dietas ajustadas a las capacidades fisiológicas de cada paciente. Educación a la familia sobre la importancia de los regímenes dietéticos y el control de las defecaciones diarias.</p>
---	---	---	---

<p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de líquidos (201008) <p>PI: 2 Sustancialmente comprometido</p> <p>PD: 3 Moderadamente comprometido</p>		<p>de fibra dietética insuficiente en relación con el contenido de la alimentación normal. Hay causas, como la inmovilidad o la restricción en la actividad física del paciente, en las cuales no podemos intervenir debido al proceso patológico, pero otras, como son la dieta o la medicación administrada, pueden revisarse y modificarse para así evitar que se produzca el estreñimiento.</p> <p>El uso de dietas con fibra mejora el tránsito intestinal incrementando el bolo fecal y disminuyendo la necesidad de laxantes. (Pérez-Sánchez & et al, 2017)</p>	
--	--	--	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS (SIN EL MODELO)

<p>Diagnóstico de enfermería: Ansiedad ante la muerte, r/c percepción de inminencia de la muerte, discusiones sobre el tema de la muerte, m/p impotencia, pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía, temor al proceso de la agonía, tristeza profunda.</p>			
<p>Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción real o imaginaria de una amenaza para la propia existencia.</p>			
<p>DOMINIO: 9</p> <p>Afrontamiento/tolerancia al estrés</p>	<p>CLASE: 2</p> <p>Respuestas de afrontamiento</p>	<p>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</p> <p>Ansiedad ante la muerte</p>	<p>CÓDIGO:</p> <p>00147</p>
<p>NOC</p>	<p>NIC</p>	<p>Ejecución (principio científico)</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Auto control de la ansiedad (1402)</p> <p>Controla la respiración</p>	<p>Mejorar el afrontamiento (5230)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la comprensión del 	<p>Existen diversas estrategias de afrontamiento para que pueda manejar una persona, el uso de alguna de ellas está determinado por el factor estresante y la razón por la que se desarrolla; por ejemplo, los eventos en los que se puede realizar</p>	<p>S Paciente refiere continua preocupación sobre su futuro, sobre los procesos de diálisis.</p>

<p>cuando está ansioso (140221)</p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD:3 Moderadamente demostrado.</p> <p>Refiere dormir de forma adecuada (140214)</p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD:3 Moderadamente demostrado</p>	<p>paciente del proceso de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alentar una actitud de esperanza, realista como forma de manejar los sentimientos de importancia. • Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. • Proporcionar un ambiente de aceptación. • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. 	<p>algo son favorable para estrategias centradas en la solución de una problemática, mientras que los eventos en las que lo único que existe es la aceptar, pues estos favorecen el uso de estrategias centradas en las emociones.</p> <p>Según los autores dependerá de cada persona como afrontará su vida, pues estará influenciado con el estado de salud o con la energía con la que se encuentre; pero así mismo se relaciona otros a los factores como las creencias que tengan que pueden ser religiosas; la motivación también puede ayudar el afrontamiento, así como las capacidades para resolver problemas y/o las habilidades sociales; además, Lazarus añade que el apoyo social y los recursos materiales también son factores que se deben considerar (Delgado, González, & Minaya, 2019)</p> <p>Medidas farmacológicas</p>	<p>O Se evidencia persistencia del temor y tristeza por la agonía de su enfermedad.</p> <p>Controla la respiración cuando está ansioso (140221)</p> <p>PF: 2 Raramente demostrado</p> <p>Refiere dormir de forma adecuada (140214)</p> <p>PF: 2 Raramente demostrado</p> <p>A Se realizó una valoración del estado de animo del paciente, valorando y hablando sobre su situación. Con base al análisis inicial, se evaluó la capacidad del paciente para la toma de decisiones, identificando el riesgo</p>
---	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. • Desalentar la toma 	<p>Se habla sobre diversas medidas farmacológicas para tratar la ansiedad. Debido a la subjetividad del sufrimiento y su variabilidad en el tiempo a lo largo de la enfermedad es difícil la decisión el aplicar o no tratamiento farmacológico y qué fármacos utilizar.</p> <p>Si hubiese una indicación los fármacos que se podrían administrar a los pacientes paliativos son:</p> <p>Benzodiazepinas. Su aplicabilidad en este caso es restablecer el sueño si tienen efecto hipnótico y reducir el sufrimiento que genera este tipo de situaciones. Estas son:</p> <p>Diazepam Lorazepam Midazolam (para una sedación de urgencia) Alprazolam, clonazepam en crisis de ansiedad.</p>	<p>latente de que el paciente logre hacerse daño.</p> <p>P Se recomienda evaluación psicológica y administración de fármacos.</p>
--	---	---	--

	<p>de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.	<p>Antidepresivos:</p> <p>Paroxetina y sertralina. Es preciso administrarlos por la mañana ya que pueden producir insomnio. Son inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina y son útiles para la prevención de ataques de pánico.</p> <p>Propranolol. Es un fármaco Betabloqueante. Útil para el control del temblor o palpitaciones.</p> <p>Neurolepticos</p> <ul style="list-style-type: none">• Haloperidol o clorpromazina. En estados de ansiedad compleja con delirium, depresión o psicosis (Flamarique, 2016)	
--	--	---	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS SEGÚN EL MODELO DE PATHERSON Y ZDERATH

<p>Diagnóstico de enfermería: Ansiedad ante la muerte, r/c percepción de inminencia de la muerte, discusiones sobre el tema de la muerte, m/p impotencia, pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía, temor al proceso de la agonía, tristeza profunda.</p>			
<p>Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción real o imaginaria de una amenaza para la propia existencia.</p>			
<p>DOMINIO: 9</p> <p>Afrontamiento/tolerancia al estrés</p>	<p>CLASE: 2</p> <p>Respuestas de afrontamiento</p>	<p>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</p> <p>Ansiedad ante la muerte</p>	<p>CÓDIGO:</p> <p>00147</p>
<p>NOC</p>	<p>NIC</p>	<p>Ejecución (principio científico)</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Auto control de la ansiedad (1402)</p> <p>Controla la respiración cuando está ansioso (140221)</p>	<p>Mejorar el afrontamiento (5230)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. 	<p>Existen diversas estrategias de afrontamiento para que pueda manejar una persona, el uso de alguna de ellas está determinado por el factor estresante y la razón por la que se desarrolla; por ejemplo, los eventos en los que se puede</p>	<p>S Pacientes manifiestan preocupación ante la muerte, sin embargo han logrado expresar sus pesares y compartir su preocupación, aclarando dudas</p>

<p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD:3 Moderadamente demostrado.</p> <p>Refiere dormir de forma adecuada (140214)</p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 Moderadamente demostrado</p> <p>Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad (140207)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. • Proporcionar un ambiente de aceptación. • Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. • Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente. • Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado. • Explorar los éxitos anteriores del paciente. • Confrontar los sentimientos 	<p>realizar algo son favorable para estrategias centradas en la solución de una problemática, mientras que los eventos en las que lo único que existe es la aceptar, pues estos favorecen el uso de estrategias centradas en las emociones.</p> <p>Según los autores dependerá de cada persona como afrontará su vida, pues estará influenciado con el estado de salud o con la energía con la que se encuentre; pero así mismo se relaciona otros a los factores como las creencias que tengan que pueden ser religiosas; la motivación también puede ayudar el afrontamiento, así como las capacidades para resolver problemas y/o las habilidades sociales; además, Lazarus añade que el apoyo social y los recursos</p>	<p>sobre el proceso de agonía y su enfermedad</p> <p>O Se percibe mejoras sobre el estado de animo en general, incluso en algunos casos observándose optimismo frente a su situación.</p> <p>Controla la respiración cuando está ansioso (140221)</p> <p>PF:3 Moderadamente demostrado.</p> <p>Refiere dormir de forma adecuada (140214)</p> <p>Pf: 3 Moderadamente demostrado</p> <p>Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad (140207)</p>
--	--	---	---

<p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 Moderadamente demostrado</p> <p>Comparte las preocupaciones con otros (140222)</p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 Moderadamente demostrado.</p> <p>Estado de comodidad: Psicoespiritual (2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> Afecto tranquilo y calmado (201106) 	<p>ambivalentes del paciente (enfado o depresión).</p> <ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás. Fomentar la identificación de valores vitales específicos. Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social. Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad. Alentar una actitud de 	<p>materiales también son factores que se deben considerar (Delgado, González, & Minaya, 2019)</p> <p>Medidas farmacológicas</p> <p>Se habla sobre diversas medidas farmacológicas para tratar la ansiedad. Debido a la subjetividad del sufrimiento y su variabilidad en el tiempo a lo largo de la enfermedad es difícil la decisión el aplicar o no tratamiento farmacológico y qué fármacos utilizar.</p> <p>Si hubiese una indicación los fármacos que se podrían administrar a los pacientes paliativos son:</p> <p>Benzodiazepinas. Su aplicabilidad en este caso es restablecer el sueño si tienen efecto hipnótico y reducir el</p>	<p>PF: 3 Moderadamente demostrado</p> <p>Comparte las preocupaciones con otros (140222)</p> <p>PF: 3 Moderadamente demostrado.</p> <p>Estado de comodidad: Psicoespiritual (2011)</p> <p>Afecto tranquilo y calmado (201106)</p> <p>PF:3 Moderadamente demostrado</p> <p>Expresiones de optimismo (201107)</p> <p>PF:3 Moderadamente demostrado</p>
--	--	---	--

<p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD:3 Moderadamente demostrado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresiones de optimismo (201107) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD:3 Moderadamente demostrado</p>	<p>esperanza, realista como forma de manejar los sentimientos de importancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. • Proporcionar un ambiente de aceptación. • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. 	<p>sufrimiento que genera este tipo de situaciones. Estas son:</p> <p>Diazepam Lorazepam Midazolam (para una sedación de urgencia) Alprazolam, clonazepam en crisis de ansiedad.</p> <p>Antidepresivos:</p> <p>Paroxetina y sertralina. Es preciso administrarlos por la mañana ya que pueden producir insomnio. Son inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina y son útiles para la prevención de ataques de pánico.</p> <p>Propranolol. Es un fármaco Betabloqueante. Útil para el control del temblor o palpitaciones.</p>	<p>A Se generaron espacios de confianza donde se habló sobre su situación de agonía, al ser pacientes diagnosticados con cáncer y estar siendo sometidos a diálisis, se motivo a mantener animo y una visión positiva frente a esta última etapa de la vida, mostrando empatía por su situación. Se enseñaron técnicas de relajación y de respiración ante los episodios de ansiedad</p> <p>P Dar charlas motivacionales</p>
---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. • Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés. • Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño • Apoyo emocional (5270) • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Abrazar o tocar al 	<p>Neurolépticos</p> <p>Haloperidol o clorpromazina. En estados de ansiedad compleja con delirium, depresión o psicosis</p> <p>Se observa que los principales elementos desencadenantes del impacto emocional en el enfermo son los siguientes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de la muerte a corto plazo. • Miedo a morir solo. • Miedo a una agonía prolongada • Miedo al sufrimiento • Consecuencias que tendrá su muerte para la familia • Pérdida de control de la situación y de sus capacidades 	
--	--	---	--

	<p>paciente para proporcionarle apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. • No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermero o fatigado. 	<p>físicas y psicológicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de roles (sociales, familiares y laborales). • Aumento de la dependencia. • Deterioro de la autoimagen corporal. <p>El apoyo emocional del enfermo al final de la vida debe ir dirigido a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la soledad, el aislamiento. • Aumentar la sensación de control sobre el entorno y su autonomía y la situación general. • Reducir la apreciación de amenaza: la ambigüedad, la incertidumbre. • Reducir la tensión 	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none">• Aumentar la autoestima y reducir los sentimientos negativos: ansiedad, miedo depresión <p>Todas las acciones que lleve a cabo el personal sanitario deberán ir encaminadas a disminuir la ansiedad y sufrimiento del paciente, por este motivo, son llamados cuidados paliativos. No deben presentar más carga de sufrimiento para el paciente que la que ya presenta. El objetivo a lograr debe ser el mayor afrontamiento ante la enfermedad y crear mecanismos de adaptación por parte del paciente. En ocasiones el simple acompañamiento o contacto físico con el paciente ya sirve para reducir en gran medida la ansiedad.</p>	
--	--	---	--

		El sentirse acompañado (Flamarique, 2016).	
--	--	--	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS (SIN EL MODELO)

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la resiliencia, r/c coexistencia de múltiples situaciones adversas, m/p Depresión, estado de salud deteriorado.			
Definición: Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.			
DOMINIO: 9	CLASE: 2 Deterioro de la resiliencia	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Deterioro de la resiliencia	CÓDIGO: 00210
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Autocontrol de la depresión (1409) Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva (140905)	Control del estado de ánimo (5330) • Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que	La “resiliencia”no es más que aprender a vivir del pasado con actitud de aprender y positividad (nunca de castigo), y mirar al futuro con esperanza y optimismo dentro de nuestras posibilidades y el esfuerzo que hagamos. Pensar en el presente y en el día de hoy. Nada más lejos de esto.	S Se observa que los pacientes no logran afrontar su proceso de enfermedad, manifestando depresión y desanimo general por su situación

<p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 Moderadamente demostrado</p> <p>Refiere mejoría del estado de ánimo (140909)</p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 4 Frecuentemente demostrado</p>	<p>progresa el tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y resolución de problemas. • Ayudar al paciente a anticiparse y afrontar los cambios de su vida (nuevo trabajo, baja laboral, nuevos amigos). • Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, ansiolíticos, antipsicóticos). • Poner en práctica las 	<p>Para medir la Depresión se ha utilizado el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión (Olea, 2017)</p>	<p>O No se observan mejoras significativas en el cuadro psicológico de los pacientes.</p> <p>Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva (140905)</p> <p>PF: 2 Raramente demostrado</p> <p>Refiere mejoría del estado de ánimo (140909)</p> <p>PF: 2 Raramente demostrado</p> <p>A Se evaluó el estado de ánimo de los pacientes, determinando si ellos mismos representaban un riesgo para su salud integral. Se administraron medicamentos antidepresivos según la</p>
--	---	---	--

	<p>precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia).</p>		<p>prescripción del médico tratante.</p> <p>P Poner en práctica medidas necesarias para evitar que los pacientes se autogeneren un daño. Remitir a evaluación psicológica.</p>
--	--	--	---

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS SEGÚN EL MODELO DE PATHERSON Y ZDERATH

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la resiliencia, r/c coexistencia de múltiples situaciones adversas, m/p Depresión, estado de salud deteriorado.			
Definición: Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.			
DOMINIO: 9	CLASE: 2 Deterioro de la resiliencia	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Deterioro de la resiliencia	CÓDIGO: 00210
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Autocontrol de la depresión (1409) Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva (140905)	Control del estado de ánimo (5330) <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con 	La “resiliencia”no es más que aprender a vivir del pasado con actitud de aprender y positividad (nunca de castigo), y mirar al futuro con esperanza y optimismo dentro de nuestras posibilidades y el esfuerzo que	S Pacientes manifiestan seguir experimentando tristeza e inseguridad ante su situación futura, son embargo, expresan que han aprendido a aceptar su condición

<p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 Moderadamente demostrado</p> <p>Refiere mejoría del estado de ánimo (140909)</p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 Moderadamente Demostrado</p> <p>Autoestima (1205)</p>	<p>regularidad, a medida que progresa el tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y resolución de problemas. • Ayudar al paciente a anticiparse y afrontar los cambios de su vida (nuevo trabajo, baja laboral, nuevos amigos). • Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, ansiolíticos, antipsicóticos). 	<p>hagamos. Pensar en el presente y en el día de hoy. Nada más lejos de esto.</p> <p>Para medir la Depresión se ha utilizado el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión (Olea, 2017)</p> <p>Desde los cuidados paliativos se marca como objetivo principal el alivio del sufrimiento de la persona, entendiendo dicha experiencia de una manera global desde la que se integra lo físico, lo</p>	<p>presente, sobrellevando las vicisitudes vivenciadas una a la vez.</p> <p>O Se observa mayor optimismo y aceptación en los pacientes frente a su condición de enfermedad, así como mejor afrontamiento de los procesos de diálisis.</p> <p>Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva (140905)</p> <p>PF: 3 Moderadamente demostrado</p> <p>Refiere mejoría del estado de ánimo (140909)</p> <p>PF: 3 Moderadamente Demostrado</p> <p>Verbalizaciones de autoaceptación (120501)</p>
---	--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Verbalizaciones de autoaceptación (120501) <p>PI: 2 Raramente positivo</p> <p>PD: 3 A veces positivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de las propias limitaciones (120502) <p>PI: 2 Raramente positivo</p> <p>PD: 3 A veces positivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia). <p>Potenciación de la autoestima (5400)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación • Reafirmar los puntos fuertes que identifique el paciente. • Mostar confianza en la capacidad del paciente 	<p>psicológico, lo social y lo espiritual. Existe un afrontamiento centrado en el problema y un afrontamiento centrado en la emoción, siendo el primero más adaptativo y útil en el manejo de la situación estresante, ya que correlaciona positivamente con la resiliencia, que a su vez favorece el bienestar de la persona.</p> <p>Actualmente, la resiliencia se considera un constructo dinámico y multidimensional que hace referencia a la capacidad que permite sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido de ella.</p> <p>En el contexto de una enfermedad crónica o de fase final de la vida las personas se enfrentan a diferentes</p>	<p>PF: 3 A veces positivo</p> <p>Aceptación de las propias limitaciones (120502)</p> <p>PF: 3 A veces positivo</p> <p>Nivel de confianza (120511)</p> <p>PF: 3 A veces positivo</p> <p>A Se realizaron conversatorios con los pacientes donde se comentaron las experiencias individuales, mostrando por medio de un cuidado basado en la empatía, que se comprende su situación, se brindó apoyo emocional y se ayudó a ver el lado positivo de continuar en la lucha por su salud, la importancia del estado de ánimo para poder enfrentar la situación. Se</p>
--	---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de confianza (120511) <p>PI: 2 Raramente positivo</p> <p>PD: 3 A veces positivo</p>	<p>para controlar una situación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda. • Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. <p>Apoyo emocional (5270)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Explorar con el paciente qué ha desencadenado las 	<p>situaciones estresantes que suponen una pérdida para ellos, como es la pérdida de la autonomía, de la salud, por no hablar de la amenaza mayor para el ser humano, la muerte. En esta situación la resiliencia cobraría una relevancia capital, ya que es uno de los factores que contribuye al bienestar subjetivo (Redondo, Ibañez del Prado, & Barbas-Abad, 2017)</p>	<p>fomentó el apoyo emocional por parte de los familiares, recalcando la importancia de escuchar y dialogar con los pacientes.</p> <p>P Generar grupos de apoyo donde los pacientes dialoguen y compartan las experiencias, aprendiendo juntos a sobrellevar su situación de salud.</p>
---	--	---	--

	<p>emociones.</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.• Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.• Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.• Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.• Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.• Identificar la función de la		
--	--	--	--

	<p>ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none">• Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.• Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.		
--	---	--	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS (SIN EL MODELO)

Diagnóstico de enfermería: Náuseas r/c sabores desagradables, exposición a toxinas, m/p aumento de la deglución y sabor agrio.			
Definición: Sensación subjetiva y desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago, que puede o no dar lugar a vómitos			
DOMINIO: 12 Confort	CLASE: 1 Confort físico	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Náuseas	CÓDIGO: 00134
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Náuseas y vómitos: efectos nocivos (2106) Malestar (210609) PI 2 (Sustancial) PD 3 (Moderado)	Manejo de las náuseas (1450) <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad, y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, una escala visual 	El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente requiere una valoración cuidadosa de la etiología y los factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.	S Pacientes refieren que con la medicación se reducen las náuseas, son embargo se mantiene la incomodidad general y la vergüenza de vomitar de forma inesperada.

<p>Control de náuseas y vómitos (1618)</p> <p>Reconoce el inicio de nauseas (161801)</p> <p>PI 2 (Raramente demostrado)</p> <p>PD 3 (A Veces demostrado)</p> <p>Utiliza medicación antiemética según las recomendaciones (161808)</p> <p>PI 2 (Raramente demostrado)</p>	<p>analógica, la escala descriptiva de Duke y el índice de Rhodes de náuseas y vómitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible • Monitorizar los efectos del tratamiento de las náuseas en todo momento • Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas • Demostrar la aceptación de las náuseas y colaborar con el paciente a la hora de elegir la estrategia para controlarlas. <p>Manejo del vomito (1570)</p>	<p>Se aconseja iniciar el día con alimentos secos como tostadas o galletas de sal. Preferir dieta blanda, fraccionada, con bajo contenido en grasas. Evitar la leche entera, jugos de frutas ácidas y condimentar con vinagre. No mezclar platos calientes y fríos. Evitar canela, menta, hinojo, tomillo, albahaca, laurel y jengibre. No beber durante las comidas y terminar con infusiones de manzanilla, menta, anís o hierba luisa. Enjuague de boca para eliminar sabores y olores desagradables, inmediatamente luego del vómito, al igual que el cambio de ropa y aseo de la semiluna o recipiente que se usó para contenerlo.</p>	<p>○ Se observa reducción de la sensación de nauseas en algunos pacientes.</p> <p>Malestar (210609)</p> <p>PF 2 (Sustancial)</p> <p>Reconoce el inicio de nauseas (161801)</p> <p>PF 2 (Raramente demostrado)</p> <p>Utiliza medicación antiemética según las recomendaciones (161808)</p> <p>PF 2 (Raramente demostrado)</p> <p>Informa de efectos secundarios molestos de los antieméticos (161810)</p>
---	---	---	---

<p>PD 3 (A veces demostrado)</p> <p>Informa de efectos secundarios molestos de los antieméticos (161810)</p> <p>PI 2 (Raramente demostrado)</p> <p>PD 3 (A veces demostrado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vómito. • Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza). • Proporcionar alivio (p. ej., poner toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca) durante el episodio del vómito. • Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un período de 30 minutos no se han producido vómitos. 	<p>En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de la náusea y vómito debería basarse en el riesgo de emesis.</p> <p>En los vómitos inducidos por quimioterapia con moderado o bajo riesgo de emesis, se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3 (como ondansetrón) y corticoides.</p> <p>En los vómitos inducidos por quimioterapia con alto riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3 y corticoides.</p> <p>En los vómitos irruptivos tras el tratamiento con quimioterapia o radioterapia pueden utilizarse los corticoides, metoclopramida o combinaciones de corticoides con</p>	<p>PF 3 (A veces demostrado)</p> <p>A Se procedió a realizar un diagnóstico de cada paciente, se evaluaron los antieméticos suministrados. En cada sesión se evaluó que los pacientes mantuvieran el tratamiento farmacológico y se mantuvo un control de los efectos negativos. Se brindó apoyo físico en los momentos de náuseas y vómitos.</p> <p>P Se plantea continuar con los tratamientos antieméticos, evaluando continuamente la reacción de cada paciente ante el tratamiento.</p>
--	--	---	--

		<p>metoclopramida, dependiendo de la intensidad de los síntomas.</p> <p>Metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náusea y vómito sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de 5HT3 pueden añadirse a la terapia convencional en caso de escaso control de síntomas.</p> <p>En el vómito anticipatorio puede utilizarse la psicoterapia mediante técnicas conductuales. Alprazolam puede utilizarse como terapia añadida al consejo y a la psicoterapia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)</p>	
--	--	---	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS SEGÚN EL MODELO DE PATHERSON Y ZDERATH

Diagnóstico de enfermería: Náuseas r/c sabores desagradables, exposición a toxinas, m/p aumento de la deglución, sabor agrio.			
Definición: Sensación subjetiva y desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago, que puede o no dar lugar a vómitos			
DOMINIO: 12 Confort	CLASE: 1 Confort físico	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Náuseas	CÓDIGO: 00134
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Náuseas y vómitos: efectos nocivos (2106) Ansiedad (210619) PI 2 (Sustancial) PD 3 (Moderado)	Manejo de las náuseas (1450) <ul style="list-style-type: none"> Animar al paciente a no tolerar las náuseas sino a ser asertivo con los profesionales sanitarios para obtener un alivio farmacológico y no farmacológico Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej., 	El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente requiere una valoración cuidadosa de la etiología y los factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.	S Pacientes manifiestan sentir mejoría en relación a la frecuencia de las náuseas, y al afrontamiento general sobre su situación. O Se observa mayor control de las náuseas así como mayor afrontamiento de su situación

<p>Malestar (210609) PI 2 (Sustancial) PD 3 (Moderado)</p> <p>Control de náuseas y vómitos (1618)</p> <p>Reconoce el inicio de nauseas (161801)</p> <p>PI 2 (Raramente demostrado) PD 3 (A Veces demostrado)</p>	<p>bioalimentación, hipnosis, relajación, imaginación simple dirigida, musicoterapia, distracción, acupresión) para controlar las náuseas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas. • Ayudar a solicitar y proporcionar apoyo emocional • Demostrar la aceptación de las náuseas y colaborar con el paciente a la hora de elegir la estrategia para controlarlas. • Tener en cuenta la influencia cultural sobre la respuesta de las náuseas mientras se realiza la intervención. • Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de la quimioterapia; antes de 	<p>(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)</p> <p>Se aconseja iniciar el día con alimentos secos como tostadas o galletas de sal. Preferir dieta blanda, fraccionada, con bajo contenido en grasas. Evitar la leche entera, jugos de frutas ácidas y condimentar con vinagre. No mezclar platos calientes y fríos. Evitar canela, menta, hinojo, tomillo, albahaca, laurel y jengibre. No beber durante las comidas y terminar con infusiones de manzanilla, menta, anís o hierba luisa. Enjuague de boca para eliminar sabores y olores desagradables, inmediatamente luego del vómito, al igual que el</p>	<p>comunicando las sensaciones y síntomas a los profesionales.</p> <p>Ansiedad (210619) PF 3 (Moderado)</p> <p>Malestar (210609) PF 3 (Moderado)</p> <p>Reconoce el inicio de nauseas (161801) PF 3 (A Veces demostrado)</p> <p>Utiliza medicación antiemética según las recomendaciones (161808) PF 3 (A veces demostrado)</p> <p>Informa de efectos secundarios</p>
---	--	--	---

<p>Utiliza medicación antiemética según las recomendaciones (161808)</p> <p>PI 2 (Raramente demostrado) PD 3 (A veces demostrado)</p> <p>Informa de efectos secundarios molestos de los antieméticos (161810)</p> <p>PI 2 (Raramente demostrado)</p>	<p>que se produzcan o aumenten las náuseas y junto con otras medidas de control de las mismas. Informar a otros profesionales sanitarios y a los miembros de la familia de cualquier estrategia no farmacológica que esté utilizando la persona con náuseas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información acerca de las náuseas, como sus causas y su duración • Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad, y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, una escala visual analógica, la escala descriptiva de Duke y el índice de Rhodes de náuseas y vómitos. 	<p>cambio de ropa y aseo de la semiluna o recipiente que se usó para contenerlo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)</p> <p>En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de la náusea y vómito debería basarse en el riesgo de emesis.</p> <p>En los vómitos inducidos por quimioterapia con moderado o bajo riesgo de emesis, se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3 (como ondansetrón) y corticoides.</p> <p>En los vómitos inducidos por quimioterapia con alto riesgo de emesis se recomienda la asociación</p>	<p>molestos de los antieméticos (161810)</p> <p>A Mediante conversatorios se educó a los pacientes sobre la importancia de no aguantar las náuseas, la importancia de comunicar a los profesionales los síntomas. Se enseñaron técnicas para relajarse, y como reaccionar ante episodios de náuseas, así como la alimentación adecuada para aminorar los posibles detonantes. Se brindó ayuda emocional y física a los pacientes durante los episodios de náuseas y vómitos, ayudando a mejorar su percepción de esos momentos.</p>
--	--	--	---

<p>PD 3 (A veces demostrado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible • Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas • Demostrar la aceptación de las náuseas y colaborar con el paciente a la hora de elegir la estrategia para controlarlas. • Monitorizar los efectos del tratamiento de las náuseas en todo momento <p>Manejo del vomito (1570)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vómito. 	<p>de antagonistas de 5HT3 y corticoides.</p> <p>En los vómitos irruptivos tras el tratamiento con quimioterapia o radioterapia pueden utilizarse los corticoides, metoclopramida o combinaciones de corticoides con metoclopramida, dependiendo de la intensidad de los síntomas.</p> <p>Metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náusea y vómito sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de 5HT3 pueden añadirse a la terapia convencional en caso de escaso control de síntomas.</p>	<p>P Derivar a un nutricionista que genere dietas adecuadas a su estado de enfermedad y preferencias alimenticias.</p>
----------------------------------	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza).• Proporcionar alivio (p. ej., poner toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca) durante el episodio del vómito.• Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un período de 30 minutos no se han producido vómitos.	<p>En el vómito anticipatorio puede utilizarse la psicoterapia mediante técnicas conductuales. Alprazolam puede utilizarse como terapia añadida al consejo y a la psicoterapia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)</p> <p>Paterson y Zderad, nos habla de un modelo humanista dentro de trato del personal de enfermería a los pacientes oncológicos, es decir; desarrollar empatía con el paciente de aprender a escuchar sus necesidades y dolencias.</p> <p>Cuidar a un paciente con empatía significa para el profesional de enfermería “adoptar el punto de vista del paciente y su marco de</p>	
--	--	---	--

		<p>referencia ver las cosas desde su punto de vista para captar el impacto que tienen sobre él, comprenderlo y hacerle experimentar que nuestra comprensión se ajusta a su experiencia” (Prías, 2017, pág. 27)</p> <p>Las náuseas y los vómitos no son una complicación primaria, sino que suelen ser secundarios a otras causas, generalmente modificaciones bruscas de la PA, intolerancia a la ingesta, síndrome de desequilibrio dialítico, reacciones al dializador, intolerancia a la hemodiálisis, uremia elevada o ansiedad en las</p>	
--	--	--	--

		<p>primeras sesiones. Por tanto, lo importante en estos casos es tratar la causa que los desencadena</p> <p>Posicionar al paciente en posición de fowler o semifowler.</p> <p>Administrar oxígeno por cánula nasal.</p> <p>Administrar medicación bajo Preinscripción Médica (PM).</p> <p>Si el vómito responde a una intolerancia gástrica puede utilizarse metoclopramida como antiemético.</p> <p>Si las pérdidas eméticas son muy abundantes se deben reponer el líquido perdido.</p>	
--	--	---	--

		<p>También pueden emplearse otras técnicas no farmacológicas para controlar estos síntomas, como desviar la atención de la sensación nauseosa mediante técnicas de distracción o la realización de respiraciones profundas. (Pérez A. , 2018)</p>	
--	--	---	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS (SIN EL MODELO)

<p>Diagnóstico de enfermería: Sobrepeso r/c trastorno en las conductas alimentarias, sedentarismo de > 2 horas/día, el gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación, m/p Adulto: Índice de masa corporal IMC > 25kg/m².</p>			
<p>Definición: Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo</p>			
<p>DOMINIO: 2</p> <p>Nutrición</p>	<p>CLASE: 1</p> <p>Ingestión</p>	<p>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</p> <p>Sobrepeso</p>	<p>CÓDIGO:</p> <p>00233</p>
<p>NOC</p>	<p>NIC</p>	<p>Ejecución (principio científico)</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Conducta de pérdida de peso (1627)</p> <ul style="list-style-type: none"> Obtiene información de un profesional sanitario sobre estrategias para 	<p>Asesoramiento nutricional 5246</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecer la duración de la relación de asesoramiento. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. Proporcionar información, si es 	<p>La restricción de aporte de proteínas (dietas hipoproteicas) ha sido uno de los tratamientos básicos de la insuficiencia renal; ya que disminuye la sintomatología urémica (acumulación de sustancias tóxicas), ayudando al control de la hiperfosfatemia, hiperpotasemia y acidosis metabólica.</p>	<p>S Pacientes manifiestan que han mejorado la dieta, sin embargo no han registrado pérdida de peso significativa</p> <p>O Se observa patrones dietéticos más saludables,</p>

<p>perder peso (126701)</p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 A veces demostrado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selecciona alimentos y líquidos nutritivos (162704) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 A veces demostrado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establece una 	<p>necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar folletos informativos llamativos de guías alimentarias en la habitación del paciente (pirámide de alimentos). • Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. • Comentar los gustos y aversiones 	<p>Según estudios prospectivos realizados, se ha demostrado que el seguimiento de dietas hipoproteicas por parte de estos pacientes enlentece significativamente la progresión de la enfermedad.</p> <p>La dieta ideal que debe llevar el paciente con insuficiencia renal, es aquella que cubra entre 1.800-2.200Kcal al día, con un aporte energético aproximado de 35Kcal por Kg por día para conseguir un balance nitrogenado neutro, salvo en pacientes mayores de 60 años u obesos, que será de 30 Kcal/kg/día.</p> <p>Especialmente importante es el aporte proteico, del que se aconseja consumir de 1 a 1,2 g/kg/día y de esas proteínas al menos el 60% serán de alto valor biológico (éstas provienen de la carne, el</p>	<p>sin embargo no hay mejoras notorias frente a la IMC elevado</p> <p>Obtiene información de un profesional sanitario sobre estrategias para perder peso (126701)</p> <p>PF: 3 A veces demostrado</p> <p>Selecciona alimentos y líquidos nutritivos (162704)</p> <p>PF: 2 Raramente demostrado</p> <p>Establece una rutina de ejercicios (162706)</p>
---	---	--	---

<p>rutina de ejercicios (162706)</p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 A veces demostrado</p>	<p>alimentarias del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares. <p>Ayuda para disminuir el peso (1280).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre los riesgos para la salud asociados con la obesidad. • Determinar la motivación para reducir el peso. • Pesar al paciente semanalmente (área de diálisis se pesa al paciente antes de cada sesión y al terminar la misma) • Animar al paciente a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados o 	<p>pescado, la carne de ave y los huevos en especial las claras). La proteína ayuda a conservar la masa muscular y repara los tejidos, además mejora la resistencia a las infecciones.</p> <p>En general los pacientes sometidos a diálisis, presentan alteración de los lípidos y niveles altos de triglicéridos, por ello se les recomienda reducir la ingesta de hidratos de carbono simples y aumentar el consumo de grasa poli y mono insaturadas.</p> <p>No existe un parámetro nutricional de medida que nos permita servir de patrón para diagnosticar un estado de desnutrición en los pacientes de diálisis, por tanto la determinación de su prevalencia será muy difícil. Pero como</p>	<p>PF: 2 Raramente demostrado</p> <p>A Se educó a los pacientes sobre la condición de sobrepeso, la importancia de dietas ajustadas a sus necesidades. Se animo a mantener alimentación balanceada y a llevar una actividad física moderada.</p> <p>P Se refiere a un nutricionista que evalué la dieta adecuada para cuidados paliativos en pacientes terminales con cáncer en diálisis.</p>
--	--	---	--

	<p>semidesnatados, carnes magras, pescado, legumbres, huevos y carne.</p> <ul style="list-style-type: none">• Aconsejar la actividad en casa mientras se realizan las tareas domésticas y encontrar formas de moverse durante las actividades diarias.• Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía.	<p>norma general un enfermo de este tipo entrará en desnutrición si presenta una ingesta proteica inferior a 0,75 mg/kg/día, una ingesta calórica también inferior a 20 Kcal/Kg/día, una concentración de albúmina inferior a 4g/dl y también de la disminución de otros índices nutricionales importantes tales como la transferrina. (Pérez R. , 2016)</p>	
--	---	--	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS SEGÚN EL MODELO DE PATHERSON Y ZDERATH

<p>Diagnóstico de enfermería: Sobrepeso r/c trastorno en las conductas alimentarias, sedentarismo de > 2 horas/día, el gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación, m/p Adulto: Índice de masa corporal IMC> 25kg/m2.</p>			
<p>Definición: Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo</p>			
<p>DOMINIO: 2</p> <p>Nutrición</p>	<p>CLASE: 1</p> <p>Ingestión</p>	<p>ETIQUETA DIAGNOSTICA:</p> <p>Sobrepeso</p>	<p>CÓDIGO:</p> <p>00233</p>
<p>NOC</p>	<p>NIC</p>	<p>Ejecución (principio científico)</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Conducta de pérdida de peso (1627)</p> <ul style="list-style-type: none"> Obtiene información de un profesional sanitario sobre estrategias para 	<p>Asesoramiento nutricional 5246</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecer la duración de la relación de asesoramiento. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. Proporcionar información, si es 	<p>La restricción de aporte de proteínas (dietas hipoproteicas) ha sido uno de los tratamientos básicos de la insuficiencia renal; ya que disminuye la sintomatología urémica (acumulación de sustancias tóxicas), ayudando al control de la hiperfosfatemia, hiperpotasemia y acidosis metabólica.</p>	<p>S Pacientes manifiestan pérdida de peso, y sensación más saludable, mayor energía y optimismo.</p> <p>O Se observa actitud positiva por las dietas, y realización ante la pérdida progresiva de</p>

<p>perder peso (126701)</p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 A veces demostrado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selecciona alimentos y líquidos nutritivos (162704) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 A veces demostrado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establece una 	<p>necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar folletos informativos llamativos de guías alimentarias en la habitación del paciente (pirámide de alimentos). • Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. 	<p>Según estudios prospectivos realizados, se ha demostrado que el seguimiento de dietas hipoproteicas por parte de estos pacientes enlentece significativamente la progresión de la enfermedad.</p> <p>La dieta ideal que debe llevar el paciente con insuficiencia renal, es aquella que cubra entre 1.800-2.200Kcal al día, con un aporte energético aproximado de 35Kcal por Kg por día para conseguir un balance nitrogenado neutro, salvo en pacientes mayores de 60 años u obesos, que será de 30 Kcal/kg/día.</p> <p>Especialmente importante es el aporte proteico, del que se aconseja consumir de 1 a 1,2 g/kg/día y de esas proteínas al menos el 60% serán de alto valor biológico (éstas provienen de la carne, el pescado, la carne de ave y los huevos en especial las claras). La</p>	<p>peso y aumento de la energía para la realización de actividad física.</p> <p>Obtiene información de un profesional sanitario sobre estrategias para perder peso (126701)</p> <p>PF: 3 A veces demostrado</p> <p>Selecciona alimentos y líquidos nutritivos (162704)</p> <p>PF: 3 A veces demostrado</p> <p>Establece una rutina de ejercicios (162706)</p> <p>PF: 3 A veces demostrado</p>
---	---	--	--

<p>rutina de ejercicios (162706)</p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 A veces demostrado</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliza medicación para perder peso, según la prescripción (162718) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 A veces demostrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. <p>Ayuda para disminuir el peso (1280).</p> <ul style="list-style-type: none"> Representar en una gráfica el proceso para llegar a la meta final y colocarla en un sitio estratégico Utilizar los términos “peso” o “exceso” en lugar de “obesidad”, “gordura” y “exceso de grasa” Comentar los inconvenientes para ayudar al paciente a superar las dificultades y tener más éxito. Recompensar al paciente 	<p>proteína ayuda a conservar la masa muscular y repara los tejidos, además mejora la resistencia a las infecciones.</p> <p>En general los pacientes sometidos a diálisis, presentan alteración de los lípidos y niveles altos de triglicéridos, por ello se les recomienda reducir la ingesta de hidratos de carbono simples y aumentar el consumo de grasa poli y mono insaturadas.</p> <p>No existe un parámetro nutricional de medida que nos permita servir de patrón para diagnosticar un estado de desnutrición en los pacientes de diálisis, por tanto la determinación de su prevalencia será muy difícil. Pero como norma general un enfermo de este tipo entrará en desnutrición si presenta una ingesta proteica inferior a 0,75 mg/kg/día, una ingesta calórica también</p>	<p>Utiliza medicación para perder peso, según la prescripción (162718)</p> <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>Equilibra actividad y reposo (160221)</p> <p>PF: 3 A veces demostrado</p> <p>Sigue una dieta sana (160214)</p> <p>PF: 3 A veces demostrado</p> <p>A Se habló con el grupo de pacientes con sobrepeso sobre los beneficios de ejercicios diarios, ajustados a su capacidad y nivel de energía, además se brindó asesoría</p>
--	---	--	--

<p>Conducta de fomento de la salud (1602)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibra actividad y reposo (160221) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p> <p>PD: 3 A veces demostrado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigue una dieta sana (160214) <p>PI: 2 Raramente demostrado</p>	<p>cuando cumpla los objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar el significado de la comida para el paciente. • Determinar las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente. • Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas. 	<p>inferior a 20 Kcal/Kg/día, una concentración de albúmina inferior a 4g/dl y también de la disminución de otros índices nutricionales importantes tales como la transferrina. (Pérez R. , 2016)</p> <p>La anorexia o pérdida de apetito es muy común en los pacientes con cáncer en situación terminal. Con frecuencia rechazan determinados alimentos por su sabor, olor, porque les cuesta masticar y tragar o simplemente por falta de apetito, cansancio y dificultad para digerirlos adecuadamente.</p> <p>En los pacientes con cáncer terminal nuestro objetivo desde el punto de vista nutricional será realizar unas recomendaciones dietéticas para poder controlar los síntomas que puedan aparecer en relación a su ingesta y con ello proporcionarle mayor sensación</p>	<p>nutricional, para la reducción de alimentos con grasas no sanas, azúcares y carbohidratos. Se recomendó incrementar el consumo de fibra, frutas, vegetales y proteínas según su condición de salud.</p> <p>P Se refiere a los nutricionistas a llevar un control de la pérdida de peso y a la evaluación de la condición de salud.</p>
---	--	--	---

<p>PD: 3 A veces demostrado</p>		<p>de bienestar y mejorar su estado funcional, dentro de lo posible. Por lo tanto debemos ajustar las medidas de soporte nutricional de acuerdo con las expectativas de respuesta y supervivencia del paciente.</p> <p>En el paciente con cáncer avanzado aunque la forma más común de alimentación es la alimentación oral, mediante comida natural, tradicional, también nos podemos encontrar con otras modalidades de soporte nutricional tales como nutrición enteral que debemos conocer.</p> <p>Alimentación tradicional- Es la vía de alimentación más utilizada en pacientes terminales, ya que el soporte nutricional a través de nutrición enteral y sobre todo parenteral como medida paliativa en</p>	
--	--	--	--

		<p>pacientes terminales con cáncer está raramente indicado.</p> <p><i>Alimentación básica adaptada</i></p> <p>Es toda alimentación modificada para hacerla apta a las distintas condiciones clínicas, facilitando la ingesta en personas que tienen dificultades para hacerlo, por problemas de disfagia, alteraciones neuromusculares de la deglución, trastornos malabsortivos e insuficiencias orgánicas para lo cual podemos considerar su utilización.</p> <p>Sugerencias nutricionales generales</p> <p>Horario: El enfermo puede comer realmente a las horas que le apetezca, sin horarios estrictos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Generalmente los enfermos suelen	
--	--	---	--

		<p>tolerar mejor las comidas por la mañana. El desayuno es una de las tomas que mejor realizan a lo largo del día.</p> <p>Volumen: Las pequeñas cantidades se toleran mejor, para disminuir la sensación de plenitud gástrica.</p> <p>Clima favorable: Ambiente de tranquilidad y tiempo suficiente para comer.</p> <p>La presentación y preparación de los platos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Debe respetar las apetencias del paciente• No hay alimentos prohibidos• Los alimentos fríos despiden menos olor que los calientes y son más refrescantes.• Para enmascarar sabores se	
--	--	--	--

		<p>pueden utilizar adobos, condimentos, salsas, o bien la inclusión de gelatinas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Las cocciones sencillas bien condimentadas, como horno, papillote, hervido, vapor o escalfado, suelen ser bien toleradas. En cambio, los fritos, rebozados, y estofados, suelen ser causa de plenitud precoz.• Las preparaciones de consistencia blanda o los triturados pueden ser útiles para los pacientes muy asténicos. (Cuidados Paliativos.info, 2021)	
--	--	--	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS (SIN EL MODELO)

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de presión arterial inestable r/c ortostasis, inconsistencia del régimen de medicación			
Definición: Susceptible a fuerzas fluctuantes de la sangre que fluye a través de los vasos arteriales, lo que puede comprometer la salud.			
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio	CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Riesgo de presión arterial inestable	CÓDIGO: 00267
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Severidad de la hipertensión (2112) • Aumento de la presión arterial sistólica	Administración de medicación (2300) • Seguir las diez reglas de la administración correcta de medicación. • Notificar al paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de	Las crisis hipertensivas consisten en un aumento súbito de la tensión arterial mayor a 200/120 mm Hg. Suelen desarrollarse transcurridas las primeras horas, y aparece generalmente en pacientes con HTA de base no tratada o que han abandonado el tratamiento.	S Pacientes manifiestan sensación de ansiedad e intranquilidad, sofoco y en algunos casos dolores de cabeza. O Se observa incremento de la presión arterial ante

<p>(211216)</p> <p>PI: 2 Sustancial</p> <p>PD: 3 Moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la presión arterial diastólica. <p>(211217)</p>	<p>administrarla, según sea apropiado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro. <p>Monitorización de los Signos Vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. • Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda. • Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda. 	<p>Un aumento considerable de la Presión Arterial (PA) puede producir lesiones en los órganos diana (cerebro, corazón o riñón), riesgo que se encuentra aumentado en el paciente hemodializado porque generalmente se encuentra anticoagulado y puede desencadenar un accidente cerebrovascular.</p> <p>Los posibles signos y síntomas con los que suele debutar son cefaleas, vértigo, epistaxis, dolor precordial, confusión mental, náuseas, vómitos, nerviosismo, sudoración o enrojecimiento de la cara.</p> <p>Entre las causas que pueden desencadenar las crisis hipertensivas se encuentran la ultrafiltración excesiva, la concentración</p>	<p>los tratamientos de diálisis y posterior a ellos.</p> <p>Aumento de la presión arterial sistólica (211216)</p> <p>PF: 2 Sustancial</p> <p>Aumento de la presión arterial diastólica. (211217)</p> <p>PF: 2 Sustancial</p> <p>A Se suministró medicación para el control de la presión arterial ante picos registrados durante el servicio asistencial.</p>
--	---	--	--

	<p>Manejo del riesgo cardiaco (4050)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente y a la familia que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardiaca de forma rutinaria y con el ejercicio según corresponda. • Instruir al paciente y a la familia sobre los tratamientos destinados a reducir el riesgo cardiaco (Eje: Fármacos, monitorización de la presión arterial, restricciones de líquidos y de alcohol, rehabilitación cardíaca.) <p>Cuidados cardiacos (4040)</p> <p>Monitorizar los signos vitales con frecuencia.</p> <p>Monitorizar el estado cardiovascular.</p> <p>Evaluar las alteraciones de la presión arterial</p>	<p>elevada de sodio en el líquido de diálisis, la toma incorrecta del tratamiento antihipertensivo o el aumento excesivo de peso Inter diálisis.</p> <p>Ante una crisis hipertensiva confirmada durante la hemodiálisis se recomienda realizar las siguientes acciones:</p> <p>Colocar al paciente en posición cómoda y segura ante la posibilidad de vómitos.</p> <p>Comprobar los parámetros de la HD: UF/hora, sodio en el líquido de diálisis.</p> <p>Reducir la ultrafiltración.</p> <p>Reponer volemia.</p> <p>Desconectar por precaución, con consentimiento del médico responsable.</p> <p>Administrar la medicación prescrita, según el protocolo de emergencia hipertensiva establecido en la unidad.</p>	<p>P Se recomienda acompañamiento psicológico para disminuir los niveles de estrés ante los tratamientos de diálisis.</p>
--	--	---	--

	<p>Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.</p>	<p>Controlar TA. Revisar información sobre ingesta de medicación y dieta.</p> <p>La mayoría de los pacientes hemodializados tienen elevada la actividad de la renina plasmática, por lo que las crisis deberán tratarse casi siempre con medicación, de entre las que se encuentra el captopril o nifedipino. Si la crisis no revierte, entonces el fármaco de elección será en nitroprusiato, administrado bajo monitorización (Pérez A. , 2018)</p>	
--	--	---	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS SEGÚN EL MODELO DE PATHERSON Y ZDERATH

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de presión arterial inestable r/c ortostasis, inconsistencia del régimen de medicación			
Definición: Susceptible a fuerzas fluctuantes de la sangre que fluye a través de los vasos arteriales, lo que puede comprometer la salud.			
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio	CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Riesgo de presión arterial inestable	CÓDIGO: 00267
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Severidad de la hipertensión (2112) • Aumento de la presión arterial sistólica	Administración de medicación (2300) • Seguir las diez reglas de la administración correcta de medicación. • Notificar al paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones	Un aumento considerable de la Presión Arterial (PA) puede producir lesiones en los órganos diana (cerebro, corazón o riñón), riesgo que se encuentra aumentado en el paciente hemodializado porque generalmente se encuentra anticoagulado y puede	S Paciente refiere que logran controlar su ansiedad y estrés ante la diálisis por medio de las técnicas de relajación. O Se observa mejoras en las PA registradas.

<p>(211216)</p> <p>PI: 2 Sustancial</p> <p>PD: 3 Moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la presión arterial diastólica. (211217) 	<p>esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro. 	<p>desencadenar un accidente cerebrovascular. (Pérez A. , 2018)</p> <p>Los posibles signos y síntomas con los que suele debutar son cefaleas, vértigo, epistaxis, dolor precordial, confusión mental, náuseas, vómitos, nerviosismo, sudoración o enrojecimiento de la cara. (Pérez A. , 2018)</p> <p>Entre las causas que pueden desencadenar las crisis hipertensivas se encuentran la ultrafiltración excesiva, la concentración elevada de sodio en el líquido de diálisis, la toma incorrecta del tratamiento antihipertensivo o el aumento excesivo de peso Inter diálisis. (Pérez A. , 2018)</p>	<p>Aumento de la presión arterial sistólica (211216)</p> <p>PF: 3 Moderado</p> <p>Aumento de la presión arterial diastólica. (211217)</p> <p>PF: 3 Moderado</p>
<p>PI: 2 Sustancial</p> <p>PD: 3 Moderado</p>	<p>Monitorización de los Signos Vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. • Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de 		<p>A Se monitorizó el comportamiento de la PA en pacientes identificando que como detonantes se encontraba el estrés ante los tratamientos de diálisis recibidos, por lo que se les enseñó a estar relajados y tranquilos por medio de técnicas de relajación y respiración, además se brindaron cuidados directos a los pacientes, realizando un abordaje empático,</p>

	<p>cambiar de posición, según corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda. <p>Cuidados cardiacos (4040)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia. • Identificar los métodos del paciente para manejar el estrés. • Fomentar las técnicas eficaces de reducción del estrés. • Emplear terapia de relajación, si procede • Identificar los efectos psicológicos que subyacen en la afección. • Evaluar a los pacientes para 	<p>Ante una crisis hipertensiva confirmada durante la hemodiálisis se recomienda realizar las siguientes acciones:</p> <p>Colocar al paciente en posición cómoda y segura ante la posibilidad de vómitos.</p> <p>Comprobar los parámetros de la HD: UF/hora, sodio en el líquido de diálisis.</p> <p>Reducir la ultrafiltración.</p> <p>Reponer volemia.</p> <p>Desconectar por precaución, con consentimiento del médico responsable.</p> <p>Administrar la medicación prescrita, según el protocolo de emergencia hipertensiva establecido en la</p>	<p>que ayudó a tranquilizarlos antes, durante y después de las diálisis.</p> <p>P Se recomienda acompañamiento psicológico de los pacientes durante la diálisis, además de una revisión por parte del cardiólogo a fin de recetar tratamiento ante pacientes con cuadros hipertensivos importantes.</p>
--	--	--	--

	<p>detectar la presencia de ansiedad y depresión, recomendando un tratamiento con antidepresivos adecuados, según esté indicado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los signos vitales con frecuencia. • Evaluar las alteraciones de la presión arterial • Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. <p>Manejo del riesgo cardiaco (4050)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar la realización de ejercicio según este indicado en función del factor del riesgo cardiaco del paciente. • Aliviar la ansiedad del paciente proporcionando una información precisa y corrigiendo cualquier 	<p>unidad.</p> <p>Controlar TA.</p> <p>Revisar información sobre ingesta de medicación y dieta. (Pérez A. , 2018)</p> <p>La mayoría de los pacientes hemodializados tienen elevada la actividad de la renina plasmática, por lo que las crisis deberán tratarse casi siempre con medicación, de entre las que se encuentra el captopril o nifedipino. Si la crisis no revierte, entonces el fármaco de elección será en nitroprusiato, administrado bajo monitorización (Pérez A. , 2018)</p> <p>El enfoque integral e individualizado que toman las terapias complementarias es totalmente congruente con la filosofía de</p>	
--	--	--	--

	<p>malentendido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente y a la familia que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardiaca de forma rutinaria y con el ejercicio según corresponda. • Instruir al paciente y a la familia sobre los tratamientos destinados a reducir el riesgo cardiaco (Eje: Fármacos, monitorización de la presión arterial, restricciones de líquidos y de alcohol, rehabilitación cardíaca.) <p>Terapia de relajación (6040)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable cuando sea posible 	<p>cuidados paliativos. Su uso es cada vez más común, ya que las personas afectadas por enfermedades avanzadas se sienten atraídas por la oportunidad de otras posibilidades de atención.</p> <p>Los propósitos del uso de estas terapias son complementar el tratamiento convencional, principalmente en el control de síntomas psicológicos, físicos y emocionales, tales como ansiedad, depresión y dolor. A la luz de esta perspectiva, la demanda de estas terapias tiene como objetivo ayudar a los tratamientos convencionales y mejorar la calidad de vida. Su aplicación no debe ser excluyente ni exclusiva sino integrada.</p>	
--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. • Mostar y practicar la técnica de relajación con el paciente • Evaluar regularmente las indicaciones que refiera el paciente sobre la relajación conseguida y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura de la piel, según corresponda. 	<p>Terapias complementarias de mayor uso:</p> <p>Musicoterapia: El objetivo principal en el contexto de cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de la persona mediante el alivio sintomático, abordar las necesidades psicológicas, ofrecer soporte y comodidad, facilitar la comunicación y conocer las necesidades espirituales.</p> <p>Terapias de masaje: Dentro de este tipo de terapia se encuentran distintas definiciones que se diferencian entre sí. En primer lugar, se define la terapia de masaje propiamente dicha, esta incluye la aplicación de un masaje suave que se realiza de forma circular</p>	
--	---	---	--

		<p>y apretando levemente, estimulando puntos gatillo miofasciales.</p> <p>Reiki: Para poder entender bien en qué consiste este tipo de terapia, se explicarán cuáles son sus orígenes y en qué consisten. El Reiki proviene de un concepto llamado “energía curativa”, que está arraigada en la filosofía fundamental de las prácticas de salud tradicionales orientales, donde se cree que la enfermedad o la dolencia se debe a una obstrucción del flujo natural de la energía del cuerpo.</p> <p>El Reiki se define como aquel método de energía natural que tiene la habilidad de curar a uno mismo y a los demás transmitiéndose mediante la iniciación o sintonización. Esta</p>	
--	--	--	--

		<p>energía no es guiada por la mente, sino por un “poder superior”, que en este contexto no tiene creencia religiosa, sino que hace referencia a una dimensión espiritual.</p> <p>Baño de pies: Este procedimiento se lleva a cabo en posición supina. Inicialmente se untan las piernas y los pies con aceite de oliva. Posteriormente los pacientes sumergen en agua el pie progresivamente, empezando por los dedos hasta tener totalmente sumergido el miembro.</p>	
--	--	--	--

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1. Resultados según objetivo 1

Objetivo	Resultado
<p>Realizar la valoración de enfermería para identificar las necesidades de cuidados de los pacientes oncológicos del área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.</p>	<p>Por medio de la aplicación de la valoración inicial realizada se logró identificar que de forma general los pacientes oncológicos que se encuentran recibiendo tratamientos de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, manifiestan necesidades de cuidado a nivel de las necesidades de oxigenación, asociados principalmente a la hipertensión arterial, así mismo presentaban en menor proporción capacidad respiratoria disminuida con taquipnea y bradipnea.</p> <p>Con respecto a la necesidad de nutrición, se identificó la incidencia de sobrepeso, además de baja ingesta de líquidos, asociado a los problemas de insuficiencia renal crónica, así mismo los pacientes presentan pérdida del</p>

	<p>apetito, problemas para alimentarse y constantes síntomas de náuseas y vómitos, sobre todo posterior al procedimiento de diálisis recibido.</p> <p>Con relación a las necesidades de eliminación se identificaron problemas urinarios, como hematuria, estreñimiento en algunos casos y en otros cuadros diarreicos.</p> <p>Con relación a las necesidades de movilización, los pacientes presentaron en general dificultad para moverse debido a la fatiga y cansancio, además, algunos presentaron necesidad de estar en cama, por problemas de movilidad en las extremidades, se identificaron problemas tales como artralgia y mialgia.</p> <p>Con relación a las necesidades de sueño y descanso se logró determinar que los pacientes presentaban dificultades para conciliar el sueño con problemas con insomnio y parasomnia, necesitando en algunas ocasiones medicación suscrita.</p>
--	--

Ahora bien con relación a las necesidades de higiene y protección, algunos manifestaron necesidad de pañales y uno de los pacientes necesitaba de sondas. Se identificó también que algunos casos los pacientes encamados requerían de cambios posturales constantes, así mismo se identificó que ninguno de los pacientes presentaba úlceras por presión.

Al respecto de las necesidades de vivir, sus valores y creencias, se identificaron pacientes con creencias religiosas y ateos. Algunos pacientes manifestaron problemas emocionales de ansiedad y depresión.

Finalmente se determinó que los pacientes tenían problemas para la realización de actividades recreativas por los niveles de energía.

4.2. Resultados según objetivo 2

Objetivo	Resultado
Diseñar un proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA; NIC y NOC según el modelo humanista de Paterson y Zderad para cuidados paliativos brindados a pacientes oncológicos del área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.	Con base a los resultados obtenidos se procedió a realizar el proceso de atención de enfermería empleando la taxonomía NANDA, NIC y NOC con base al modelo humanista de Paterson y Zderad, a partir de la valoración inicial. Dichos PAEs abordaron en específico los diagnósticos de Fatiga, Insomnio, Estreñimiento, Ansiedad ante la muerte, Deterioro de la Resiliencia, Náuseas, Sobrepeso y presión arterial inestable con y sin el enfoque de cuidado de los teorizantes seleccionados

4.3. Resultados según objetivo 3

Objetivo	Resultado
Implementar y evaluar los resultados del plan de atención de enfermería diseñado.	Se procedió a la implementación de los dos modelos de Procedimientos de atención de enfermería, uno aplicado de forma convencional y

otro enfocado en brindar cuidados paliativos bajo el modelo humanista de Paterson y Zderad, obteniendo como resultado que con relación al PAE para la fatiga, se obtuvo mejoras más significativas con las intervenciones humanistas, que con los métodos tradicionales. En el PAE para atender el Insomnio de los pacientes relacionados con la ansiedad el modelo tradicional no presentó mejoras, mientras que en el caso del PAE según el modelo presentó reducción de los niveles de ansiedad y mejoras en la conciliación del sueño. Con relación al estreñimiento presentado por algunos pacientes se identificó mejoras con la aplicación de los dos modelos de PAE, solo diferenciándose en que los pacientes presentaban mejor actitud ante problema en la atención empática del modelo humanista. En la problemática de ansiedad ante la

muerte el PAE con la Teoría de Patterson y Zread generó una mayor ayuda a los pacientes, acarreando actitudes más positivas ante su situación. En la Intervención aplicada para el manejo del sobrepeso, se obtuvieron resultados positivos en ambos modelos aplicados. En cuanto al riesgo de presión arterial inestable la intervención enfocada en el control de la ansiedad y la respiración ayudó en mayor medida a los pacientes que el modelo tradicional de atención de enfermería. Finalmente en el PAE aplicado para el diagnóstico del deterioro de la resiliencia con el modelo ayudó mucho en afrontamiento de la enfermedad.

4.4. Resultados según objetivo 4

Objetivo	Resultado
Establecer las diferencias y similitudes entre los pacientes a quienes se aplica el plan de atención de enfermería basado o no en el modelo humanista de Paterson y Zderad.	Con base a la valoración inicial se estableció una distribución equitativa de los pacientes según los diagnósticos padecidos, esto con el fin de que el experimento no fuese alterado por las circunstancias de enfermedad de los pacientes, edad y comorbilidades presentadas.

4.5. Comprobación de hipótesis

Tabla 45 Descriptivo compilatorio sin la aplicación del modelo.

Fatiga, r/c mala condición física, m/p cansancio, deterioro de la habilidad para mantener las actividades habituales, energía insuficiente, letargo.		Insomnio, r/c ansiedad, depresión, temor, m/p estado de salud comprometido, dificultad para iniciar el sueño.		Estreñimiento r/c cambios en los hábitos alimentarios, la actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, obesidad, m/p disminución en la frecuencia de defecar, esfuerzo excesivo en la defecación.		Ansiedad ante la muerte, r/c percepción de inminencia de la muerte, discusiones sobre el tema de la muerte, m/p impotencia, pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía, temor al proceso de la agonía, tristeza profunda.	
Fatiga: efectos nocivos (0008)		Sueño (0004)		Eliminación Intestinal (0501)		Auto control de la ansiedad (1402)	
P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final
2	3	2	2	2	3	2	2
2	3	2	2	2	2	2	2
2	3	2	2	2	3		
Conservación de la energía (0002)							
2	3						
2	3						
10	15	6	6	6	8	4	4

Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después
Deterioro de la resiliencia, r/c coexistencia de múltiples situaciones adversas, m/p Depresión, estado de salud deteriorado.		Náuseas r/c sabores desagradables, exposición a toxinas, m/p aumento de la deglución y sabor agrio.		Sobrepeso r/c trastorno en las conductas alimentarias, sedentarismo de > 2 horas/día, el gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación, m/p Adulto: Índice de masa corporal IMC > 25kg/m2.		Riesgo de presión arterial inestable r/c ortostasis, inconsistencia del régimen de medicación	
Autocontrol de la depresión (1409)		Náuseas y vómitos: efectos nocivos (2106)		Conducta de pérdida de peso (1627)		Severidad de la hipertensión (2112)	
P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final
2	2	2	2	2	3	2	2
2	2	Control de náuseas y vómitos (1618)		2	2	2	2
		2	2	2	2		
		2	2				

		2		3				
4	4	8	9	6	7	4	4	
Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	

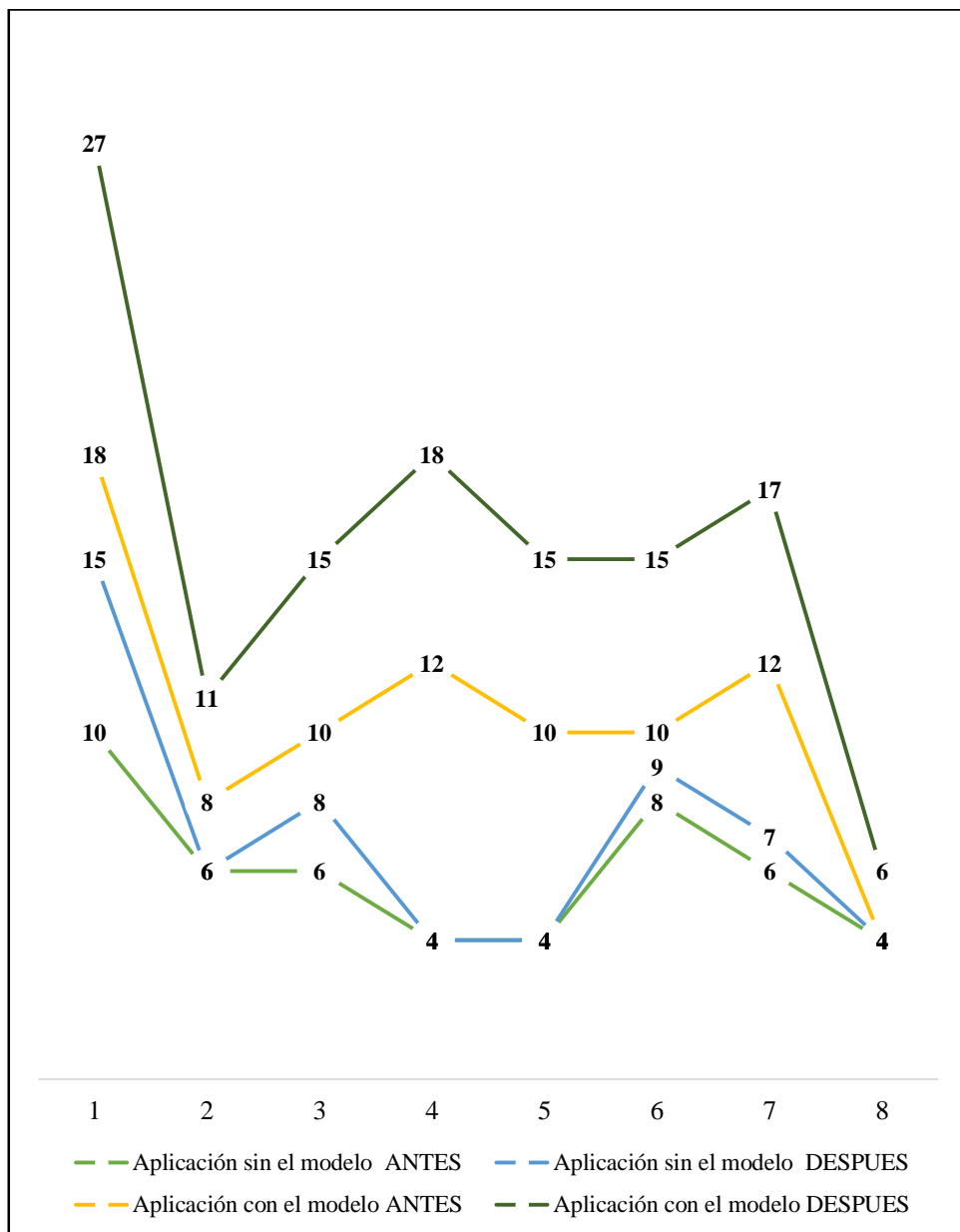
Tabla 46 Descriptivo compilatorio con la aplicación del modelo de Patherson Y Zdera

Fatiga r/c mala condición física, m/p cansancio, deterioro de la habilidad para mantener las actividades habituales, energía insuficiente, letargo.		Insomnio, r/c ansiedad, depresión, temor, m/p estado de salud comprometido, dificultad para iniciar el sueño.		Estreñimiento r/c cambios en los hábitos alimentarios, la actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, obesidad, m/p disminución en la frecuencia de defecar, esfuerzo excesivo en la defecación.		Ansiedad ante la muerte, r/c percepción de inminencia de la muerte, discusiones sobre el tema de la muerte, m/p impotencia, pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía, temor al proceso de la agonía, tristeza profunda.	
Fatiga: efectos nocivos (0008)		Sueño (0004)		Eliminación Intestinal (0501)		Auto control de la ansiedad (1402)	
P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final
2	3	2	3	2	3	2	3
2	3	2	3	2	3	2	3
2	3	2	3	2	3	2	3
2	3	2	2	Estado de comodidad: Física (2010)		2	3
2	3			2	3	Estado de comodidad: Psicoespiritual (2011) Estado de comodidad: Psicoespiritual (2011)	

2	3			2	3	2	3
Conservación de la energía (0002)						2	3
2	3						
2	3						
2	3						
18	27	8	11	10	15	12	18
Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después
Deterioro de la resiliencia, r/c coexistencia de múltiples situaciones adversas, m/p Depresión, estado de salud deteriorado.		Náuseas r/c sabores desagradables, exposición a toxinas, m/p aumento de la deglución, sabor agrio.		Sobrepeso r/c trastorno en las conductas alimentarias, sedentarismo de > 2 horas/día, el gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación, m/p Adulto: Índice de masa corporal IMC > 25kg/m2.		Riesgo de presión arterial inestable r/c ortostasis, inconsistencia del régimen de medicación	
Autocontrol de la depresión (1409)		Náuseas y vómitos: efectos nocivos (2106)		Conducta de pérdida de peso (1627)		Severidad de la hipertensión (2112)	
P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final
2	3	2	3	2	3	2	3
2	3	2	3	2	3	2	3
Autoestima (1205)		Control de náuseas y vómitos (1618)		2	3		

2	3	2	3	2	2		
2	3	2	3	Conducta de fomento de la salud (1602)			
2	3	2	3	2	3		
				2	3		
10	15	10	15	12	17	4	6
Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después

Gráfico 1 Comportamiento



Análisis e interpretación

En la presente grafica podemos apreciar el comportamiento previo y después de la aplicación del Proceso de atención de enfermería.

Prueba de normalidad

Los análisis de normalidad, también llamados contrastes de normalidad, tienen como objetivo analizar cuánto difiere la distribución de los datos observados respecto a lo esperado si procediesen de una distribución normal con la misma media y desviación típica.

Shapiro-Wilks

Cuando el tamaño muestral es igual o inferior a 50 la prueba de contraste de bondad de ajuste a una distribución normal es la prueba de Shapiro-Wilks.

El test plantea la hipótesis nula que una muestra proviene de una distribución normal, elegimos un nivel de significancia, por ejemplo 0,05, y tenemos una hipótesis alternativa que sostiene que la distribución no es normal.

- H0: La distribución es normal
- H1: La distribución no es normal

Tabla 47 Sin el modelo

Pruebas de normalidad							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Valoración	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Puntaje obtenido	inicial	,250	8	,150	,860	8	,120
	final	,200	8	,200*	,835	8	,067

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

- P-valor obtenido = 0,120 > a 0,05
- P-valor obtenido = 0,067 > a 0,05

Tabla 48. Con el Modelo

Pruebas de normalidad							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
valoración		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Puntaje obtenido	inicial	,228	8	,200*	,925	8	,470
	final	,217	8	,200*	,925	8	,475

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

- P-valor obtenido = 0,470 > a 0,05
- P-valor obtenido = 0,475 > a 0,05

Conclusión

Tomando en cuenta el grado de significancia dentro de la prueba de Shapiro-Wilk aceptamos la hipótesis nula.

Prueba T de muestras relacionadas

La prueba t de Student para muestras relacionadas permite comparar las medias de dos series de mediciones realizadas sobre las mismas unidades estadísticas.

- H0: La aplicación de los planes de cuidados (PAE) no tienen efectos significativos en el paciente.
- H1: La aplicación de los planes de cuidados (PAE) si tienen efectos significativos en el paciente.

Tabla 49 Sin la aplicación del modelo

Prueba de muestras emparejadas										
Diferencias emparejadas										
95% de intervalo de confianza de										
Desv. Error										
Desv. Error										
Media Desviación promedio										
Inferior Superior										
t gl (bilateral)										
Par	Antes	-	-	1,727	,611	-2,569	,319	-	7	,108
1	Después	1,125							1,843	

- P-valor obtenido = 0,108 > a 0,05

Conclusión

No hay una diferencia significativa en las medidas de valoración previo y después de la aplicación de los planes de cuidado.

Tabla 50. Con la aplicación del modelo

Prueba de muestras emparejadas										
Diferencias emparejadas										
95% de intervalo de confianza de										
Desv. Error										
Desv. Error										
Media Desviación promedio										
Inferior Superior										
t gl (bilateral)										
Par	Antes	-	-5,000	2,070	,732	-6,731	-3,269	-6,831	7	,000
1	Después									

- P-valor obtenido = 0,000 < a 0,05

Conclusión

Hay una diferencia significativa en las medidas de valoración previo y después de la aplicación de los planes de cuidado con el modelo.

Comparación de las medias

La comparación de medias en un sentido más general, abarca la comparación de los valores de una variable continua según los valores de una variable (o factor) que se puede resumir en dos o más categorías (como el ejemplo expuesto previamente) y que englobaríamos dentro de las pruebas para datos independientes.

Tabla 51 Estadísticas descriptivas del grupo

	Valoración	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Puntaje obtenido	Sin el modelo	8	7,13	3,720	1,315
	Con el modelo	8	15,50	6,000	2,121

- Diferencia de medias en más de un 50%.

Prueba t para muestras independientes

El supuesto más habitual es el de contrastar si hay una diferencia significativa en la media de una variable de resultado entre dos poblaciones diferentes e independientes. En estos casos, lo habitual es utilizar la prueba de la t de Student para dos muestras independientes.

Tabla 52 Prueba de muestras independientes

Prueba de muestras independientes										
Prueba de Levene de igualdad de varianzas										
prueba t para la igualdad de medias										
95% de intervalo de confianza de la diferencia										
		Sig.		Diferencia de medias		Diferencia de error estándar		Inferior		Superior
		F	. Sig.	t	gl	(bilateral)	Diferencia de medias	error estándar	Inferior	Superior
Puntaje obtenido	Se asumen varianzas iguales	,483	,499	-3,35	14	,005	-8,375	2,496	-13,72	-3,022

No se	- 11,68	,006	-8,375	2,496	- -2,921
asumen	3,35	9			13,82
varianzas	5				9
iguales					

- P-valor obtenido = 0,005 < a 0,05

Conclusión

- Existe una diferencia significativa en las medidas de valoración con y sin aplicación del modelo, por lo que se acepta la hipótesis del investigador en donde establece las diferencias.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se realizó la valoración de enfermería de los pacientes oncológicos del área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, identificando por medio de las necesidades de Virginia Henderson, que los diagnósticos de mayor incidencia, se encontraban relacionados a fatiga, presión arterial inestable, sobrepeso, estreñimiento y náusea, así mismo se evidenciaron problemas de tipo psicológico característicos de las personas que se encuentran en etapa terminal de enfermedades oncológicas, tales como; ansiedad ante la muerte, depresión, insomnio y deterioro de la resiliencia.
- Se diseñaron 8 procesos de atención enfermería, empleando la taxonomía NANDA, NIC y NOC, dichos procesos siguieron dos formas de estructuración con el fin de ejecutar una comparación que permitiese identificar la efectividad del modelo Humanista de Patterson y Zderad, quienes enfocan los cuidados en la empatía manifestada por los profesionales de enfermería hacia los pacientes objeto de cuidado. Las etiquetas diagnósticas desarrolladas fueron; Fatiga, Náusea, Estreñimiento, Riesgo de presión arterial inestable, sobrepeso, insomnio, Ansiedad ante la Muerte y Deterioro de la Resiliencia.
- Se implementaron y evaluaron mediante la metodología SOAP procesos de atención de enfermería para cuidados paliativos brindados a pacientes oncológicos del área de diálisis en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, identificándose mayor efectividad en el modelo humanista de cuidado, dicha aseveración fue comprobada estadísticamente por medio de la comparación de medias para muestras relacionadas, prueba t student, determinando que existe una diferencia

significativa en las medidas de valoración con y sin aplicación del modelo, por lo que se acepta la hipótesis de la investigación en donde establece las diferencias.

- Se estableció que los pacientes que formaron parte del estudio presentaban ciertas características diagnósticas y sociodemográficas con similitud, lo que permitió establecer un grupo de control y un grupo experimental para la aplicación de los dos modelos de procesos de atención de enfermería, lo que permitió valorar la efectividad y receptividad de los mismos.

5.2. Recomendaciones

- Se plantea brindar atención a las patologías del tipo psicológicas empleando el proceso de atención de enfermería con enfoque humanista desarrollado en la presente investigación, esto con el fin de que los pacientes experimenten cuidados basados en la empatía en momentos tan difíciles como lo son las etapas finales de la vida.
- Se recomienda dar continuidad a las técnicas de acercamiento a los pacientes, fomentando el amor propio y la aceptación de su condición de enfermedad con actitud positiva.
- Se recomienda instaurar grupos de autoayuda guiados por profesionales especialistas, es con la finalidad de fomentar el intercambio de experiencias frente a la enfermedad, así como el fomento de la resiliencia.

CAPÍTULO VI

6. MARCO ADMINISTRATIVO

6.1. Recursos

Recursos humanos

Docente tutora

Autores del proyecto

Profesionales de la salud que laboran en el área de diálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón

Recursos Institucionales

Hospital Abel Gilbert Pontón

Universidad Estatal de Bolívar

Ministerio de la Salud Pública

Recursos tecnológicos

Computadoras

Impresoras

Celulares con cámara fotográfica

Internet

Software de análisis estadísticos

Recursos Materiales

Transporte

Papelería

Equipos de protección personal

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

6.2.Presupuesto

Descripción	Costo unitario (USD)	Cantidad	Costo total (USD)
Tiempo de uso de ordenador con internet	0,5	300	150
Impresiones	0,5	100	50
Traslados cantonales	0,3	15	4,5
Traslados Inter cantonales	5	10	50
Hospedaje	25	20	500
Alimentación	5	12	60
Impresiones de ejemplares finales	0,25	1020	255
Empastado	15	3	45
CD	5	3	15
Total			1129,5

Elaborado por: Lara A., y Valverde, J., 2021

6.3.Cronograma

Actividad	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4			
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16
Solicitud de aceptación de tema	■															
Designación del tutor	■															
Desarrollo del capítulo I El problema		■														
Verificación y correcciones del capítulo I		■														
Desarrollo del Capítulo II Marco teórico			■													
Verificación y correcciones del capítulo II				■												
Diseño metodológico					■											
Desarrollo del capítulo III					■											
Verificación y correcciones del capítulo III						■										
Recolección de la información							■									
Análisis de la información							■									
Presentación de los resultados								■								
Verificación y correcciones de los resultados								■								
Diseño del Proceso de Atención de Enfermería								■								
Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería									■	■	■					
Valoración del Proceso de												■				

Bibliografía

- Abad-Licham, M. (2015). Sarcoma indiferenciado pleomórfico primario renal: reporte de caso y revisión de la literatura. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(6), 363-367. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-sarcoma-indiferenciado-pleomorfico-primario-renal-S1665920115001248>
- Agudo, G., & et al. (2020). Infección del tracto urinario en la enfermedad renal crónica. *Revista Colombiana de Nefrología*, 7(1). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2500-50062020000100070
- American Cancer Society. (2020). cancer. org. 25. EE.UU. Obtenido de <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/9448.00.pdf>
- American Society of Clinical Oncology. (2018). *Cancer.Net*. Obtenido de ¿Que es radioterapia?: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atencion-del-cancer/como-se-trata-el-cancer/radioterapia/que-es-la-radioterapia>
- American Society of Clinical Oncology. (2020). Quimioterapia. En que consiste, como ayuda . *American Society of Clinical Oncology*, 3(20), 20. Obtenido de <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/es/booklets-flyers/chemotherapy-what-it-is-how-it-helps-spanish.pdf>
- Anido, U., & González, A. (2019). Cáncer Renal. *Fundación SEOM*. Obtenido de <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/renal?showall=1>
- Ante, W. (2017). *Evaluación de la calidad de atención de enfermería y grado de satisfacción de pacientes atendidos en Emergencias del Hospital General*

- Puyo*. Tesis de Grado. Obtenido de
<http://45.238.216.28/bitstream/123456789/6327/1/PIUAENF034-2017.pdf>
- Ayala, L., & Sepulveda, G. (2017). Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. *Enfermería Global*(45), 353-368. Obtenido de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/231681>
- Berru, C., & Flores, K. (2020). *Sobrevida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según el grupo molecular. Hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. Tesis, Universidad San Martín de Porres, Chiclayo. Perú. Obtenido de https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6016/berru_yc_a.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Blasco, A., & Caballero, C. (2019). *Sociedad Española de Oncología*. Obtenido de Toxicidad de los tratamientos oncológicos: <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/toxicidad-de-los-tratamientos-oncologicos?showall=1>
- Calpa, B. (2019). *Conocimiento y práctica sobre el PAE en estudiantes de Enfermería de séptimo semestre de la Universidad Técnica del Norte, Ibarra*. Tesis de Grado. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9320/3/06%20ENF%201020%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
- Carrillo-Esper, R., & et al. (2017). Alteraciones del sueño en el enfermo grave. Un evento de gran repercusión y poco tomado en cuenta. *Med Int. Mex*, 33(5), 618-633. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n5/0186-4866-mim-33-05-618.pdf>
- Carvaca, F., & et al. (2016). Dolor músculo-esquelético en pacientes con enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 36(4). Obtenido de

<https://www.revistanefrologia.com/es-dolor-musculo-esqueletico-pacientes-con-enfermedad-articulo-S0211699516300339>

Carvajal Valdy, G., Ferrandino Carballo, M., & Salas Herrera, I. (2011). Manejo paliativo de la disnea en el paciente terminal. *Acta médica costarricense*, 53(2). Obtenido de

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022011000200005

Castro, F., & et al. (2020). *Protocolo asistencial Artralgias (dolor articular)*.

Consulta de reorientación de la demanda , Andalucía. Obtenido de https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2020/ARTRALGIAS.pdf

Citarelli, A., & et al. (2018). *Tabaco e insuficiencia renal terminal. Estudio multicéntrico transversal en la Norpatagonia Argentina*. Artículo científico, Asociación Norpatagónica de Nefrología. Obtenido de

http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2016/volumen14_3/Articulo_2.pdf

Concejo de Salubridad General. (2018). *Guía de Manejo Integral de Cuidados*

Paliativos. Obtenido de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf

Conde, D. (2017). La empatía como valor y Práxis. Enfermería, narrativas e identidad profesional. En L. Juárez, *Medicina y narrativas. Notas para la práctica Clínica* (pág. 22). Extremadura.

doi:file:///D:/Downloads/LA_EMPATIA_COMO_VALOR_Y_PRAXIS_ENFERMERIA.pdf

Cuidados Paliativos.info. (2021). *Alimentación en el enfermo terminal*. Obtenido de <https://cuidadospaliativos.info/alimentacion-enfermo-terminal/>

Delgado, J. (2017). *Cuidados paliativos para pacientes oncológicos con calidad de vida un reto para el profesional de enfermería*. Monografía doctoral, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA. Obtenido de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/666/1/CUIDADOS%20PALIATIVOS%20PARA%20PACIENTES%20ONCOLOGICOS%20CON%20CALIDAD%20D.pdf>

Delgado, J., González, K., & Minaya, G. (2019). *Relación entre el nivel de ansiedad y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodialisis que acuden al Centro Nacional de Salud Renal*. TFM, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de enfermería. Obtenido de https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6612/Relacion_DelgadoMorales_Judith.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Dominguez, M., & et al. (2014). Conocimientos sobre la enfermedad renal crónica y el proceder de hemodiálisis. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300010

Edición Médica. (2018). INEC reporta que estómago y próstata son las principales causas de mortalidad por cáncer en Ecuador. *Edición Médica*. Obtenido de <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/inec-reporta-que-estomago-y-prostata-son-las-principales-causas-de-mortalidad-por-cancer-en-ecuador-95271>

- El Telégrafo. (2018). Ecuador registra un aumento de casos de cáncer. *El Telégrafo*.
Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/ecuador-aumento-de-casos-de-cancer>
- Encalada, M. (2017). *Guía práctica de enfermería para el desarrollo de protocolos de oncología en los estudiantes de quinto ciclo de enfermería de la Universidad Católica de Cuenca en el período Julio. Noviembre 2016*. Tesis de Magister, Universidad Nacional del Chimborazo. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4053/1/UNACH-EC-IPG-BIO-2017-0016.pdf>
- Escobar, M., & et.al. (2020). Problemas a los que se enfrenta el personal de enfermería en el cuidado paliativo. *Horiz Enferm*, 31(3), 325-339. Obtenido de http://tallerdeletras.letras.uc.cl/index.php/RHE/article/view/Horiz_Enferm.31.3.325-339/21781
- Espinoza, F. (s.f.). *Semiología renal*. Minterna Uandes. Obtenido de https://uandes.cl/images/pregrado/area_salud/medicina/Medicina%20Interna/ARCHIVOS/semiologia_nefrologica.pdf
- Fernández, M., & Teruel, J. (2017). Hemodiálisis incremental como forma de inicio del tratamiento sustitutivo renal. *Nefrología Madrid*, 37(1). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952017000100001
- Flamarique, P. (2016). *Manejo emocional en cuidados paliativos. Guía, desde enfermería, de los tres sujetos implicados: paciente, familia y enfermera*. TFG, Universidad Pública Navarra. Obtenido de <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/23472/TFG%20DEFINITIVO%20TOTAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Francisco, Á., & et.al. (2019). Lesión Renal Aguda Postcontraste en Pacientes con Cáncer. *Nefrología*, 36(6), 563-682. doi:10.1016/j.nefro.2019.02.001
- Gabriel Ortega, J. (2017). Cómo se genera una investigación científica que luego sea motivo de publicación. *Selva Andina Research Society*, 8(2), 145-146.
Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3613/361353711008.pdf>
- García, L., & Barragán, A. (2000). Los cuidados de la piel en los pacientes en hemodialisis. *Eden*, IV(2), 6-12.
- Gobierno de Colombia. (2018). Abecé. *Cuidados paliativos*. Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-cuidados-paliativos.pdf>
- Goicochea, M. (2012). *Algoritmos de nefrología*. Sociedad Española de Nefrología.
Obtenido de http://static.elsevier.es/nefro/otras_pubs/algoritmos_5.pdf
- Hernández León, R., & Coello González, S. (2008). *El paradigma cuantitativo de la investigación científica*. Editorial Universitaria.
- Hernández, Y., & et.al. (2018). Proceso de atención de enfermería: Estrategias para la enseñanza-aprendizaje. *Aladefe*, 2(8), 46-53. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/280/proceso-de-atencion-de-enfermeria-estrategias-para-la-ensenanza-aprendizaje/>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2020). *Cuidado Paliativo*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cuidado-paliativo>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2020). Etapa final de la vida (PDQ®)–Versión para pacientes. EE.UU. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/etapa-final-pdq>

- Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. (2018). *Efectos secundarios de la radioterapia*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia/efectos-secundarios>
- Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *Definición de diálisis*.
- Jiménez, A., & et.al. (2019). Caracterización de la atención a pacientes oncológicos en el servicio de cuidados paliativos de una clínica de III nivel de la ciudad de Cali. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(4). Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/337702799_Caracterizacion_de_la_atencion_a_pacientes_oncologicos_en_el_servicio_de_cuidados_paliativos_de_una_clinica_de_III_nivel_de_la_ciudad_de_Cali_Resumen_Characterization_of_the_care_for_cancer_patients_i
- Lambis-Ricardo, & et.al. (2015). Carcinoma urotelial de tracto urinario superior: reporte de un caso. *Ciencias Biomédicas. Presentación de Casos Clínicos*, 6(2), 364-368. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/320011861_CARCINOMA_UROTELIAL_DE_TRACTO_URINARIO_SUPERIOR_REPORTE_DE_UN_CASO_UPPER_TRACT_UROTHELIAL_CARCINOMA_CASE_REPORT
- Linares, N. (2020). Uso de la radioterapia paliativa al final de la vida. *NPunto*, 3(22), s.n. Obtenido de <https://www.npunto.es/revista/22/uso-de-la-radioterapia-paliativa-al-final-de-la-vida>
- Lorenzo, V., & Luis, D. (2020). *Nutrición en la enfermedad renal crónica*. Obtenido de Nefrología al día: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-nutricion-enfermedad-renal-cronica-220>

- Lozano, B., & et.al. (2017). Cuidados paliativos, cuidados compartidos. *Cultura de cuidados*, XXI(49), 100-109. Obtenido de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72935/1/CultCuid_49_11.pdf
- Macchi, M., & et.al. (2020). Planificación de los cuidados en el final de la vida. Perspectivas de profesionales de oncología y cuidados paliativos. *Sexualidad, Salud y Sociedad*(35), 218-236. doi:<http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.11.a>
- Malkina, A. (2020). *Enfermedad renal crónica o nefropatía crónica*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/insuficiencia-renal/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica-o-nefropat%C3%ADa-cr%C3%B3nica>
- Martell, L. (2020). Proceso de Atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 35(4), 1-4. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubheminmhem/rch-2019/rch194j.pdf>
- Martínez, B. (2018). *Enfermería En Cuidados Paliativos Y Al Final De La Vida*. s.n. México. Obtenido de <https://documento.mx/documents/enfermeria-en-cuidados-paliativos-y-al-final-de-la-vida-medilibroscom-5c10e7dedf143>
- Martínez, L., Álvarez, L., & Roldán, M. (2018). Células T CAR: proeza que traspasa los avances en el tratamiento de las hemopatías malignas. *Revista Cubana de Hematología, Inmunol y Hemoter.*, 34(3), 41-51. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v34n4/a03_923.pdf
- Mera, S. (2017). *El derecho a morir dignamente dentro de la legislación ecuatoriana*. Tesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato. Ecuador.

Obtenido de

<https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2093/1/76516.pdf>

Mínguez, A. (2017). *Situación actual de los cuidados paliativos en el enfermo*

oncológico terminal. Tesis de Grado. Obtenido de

[https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28580/TFG-](https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28580/TFG-L1885.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[L1885.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28580/TFG-L1885.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ministerio de Salud Pública. (2019). *Hipertensión arterial*. Guía Práctica Clínica.

Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf)

[content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Cuidados Paliativos. Guía Práctica*.

Guía práctica, Dirección Nacional de Normalización . Obtenido de

<http://186.42.188.158:8090/guias/CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>

Miralles, M., & Sojo, A. d. (s.f.). *Competencia humanística en enfermería*. Trabajo de

Fin de Grado, Universitat Internacional de Catalunya. Obtenido de

[https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/233915/Mar%C3%ADa_Mira-](https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/233915/Mar%C3%ADa_Miralles_Anguera.pdf?sequence=1)

[lles_Anguera.pdf?sequence=1](https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/233915/Mar%C3%ADa_Miralles_Anguera.pdf?sequence=1)

Miranda-Limachi, K., & et.al. (2020). Proceso de Atención de Enfermería como

instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso.

Enfermería Universitaria, 16(4), 374-389. Obtenido de

<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v16n4/2395-8421-eu-16-04-374.pdf>

Mora, W. (2019). La nueva tanatología: Ciencia, arte y método. *UNIBE*, 24. Obtenido

de [https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/355/1/Nueva-](https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/355/1/Nueva-tanatolog%c3%ada.pdf)

[tanatolog%c3%ada.pdf](https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/355/1/Nueva-tanatolog%c3%ada.pdf)

- Moreno, J., & Cruz, H. (2015). Ejercicio físico y enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Nefrología, dialisis y transplante*, 35(4), 212-220. Obtenido de <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/44/38>
- Moscoso, L. (2017). *Cuidado paliativo en pacientes con cáncer y su aporte al cuidado de enfermería*. Tesis de titulación, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Obtenido de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/763/1/TRABAJO%20MONOGRAFIA.pdf>
- NANDA International. (2019). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones. 2018-2020* (11 ed.). doi:file:///D:/Downloads/Diagn%C3%B3sticos%20Enfermeros,%2011va%20Edici%C3%B3n%20-.pdf
- Ñahuincopa, R. (2019). *Empatía en el cuidado enfermero, en el Hospital Regional de Huancavelica*. Tesis, Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú. Obtenido de <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2921/TESIS-ENFERMER%C3%8DA-2019-%C3%91AHUINCOPA%20UNOCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Olea, J. (2017). *Experiencia y afrontamiento en pacientes en tratamiento con quimioterapia*. Universidad Autónoma de Madrid. Obtenido de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681241/olea_ferreras_jesus.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cáncer, datos y cifras*. Obtenido de Notas descriptivas: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cuidados Paliativos*. Obtenido de Datos y Cifras: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care#:~:text=Los%20cuidados%20paliativos%20mejoran%20la,de%20los%20cuidadores%20tambi%C3%A9n%20mejora>.
- Pablo Delgado, D. A. (2018). *Complicaciones por Órganos y Aparatos*. Obtenido de Nefrología al día: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-complicaciones-por-organos-aparatos-173>
- Palacios, Y. (2019). *Percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la Enfermera al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Cuidados Intermedios del Hospital FAP*. Obtenido de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6571/Percepcion_YaringanoPalacios_Miriam.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Palma, A. (2010). Manejo de la fatiga en cuidados paliativos. En A. Palma, P. Toaba, & F. Nervi, *Medicina Paliativa y Cuidados Continuos* (pág. 137). Ediciones Católica de Chile. Obtenido de <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2011/11/MEDICINA%20PALIATIVA%20baja.pdf>
- Pérez, A. (2018). Abordaje de las complicaciones agudas en la unidad de diálisis para enfermería, diálisis y trasplante. *Diálisis y trasplante*. Obtenido de <https://www.npunto.es/revista/7/abordaje-de-las-complicaciones-agudas-en-la-unidad-de-dialisis-para-enfermeria>
- Pérez, R. (2016). *Valoración nutricional enfermera de los pacientes dializados en el Hospital Rafael Méndez*. TFM, Universitat de les Illes Balears. Obtenido de https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/145899/tfm_2015-16_MNAH_rps823_15.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Pérez-Sánchez, J., & et al. (2017). Evaluación y abordaje del estreñimiento en el paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 28(4), 160-168. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-evaluacion-abordaje-del-estrenimiento-el-S1130239917300329>
- Pinzón, A. (2016). Expectoración. *Lapsus Médico*, 41(3). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n3/v41n3a15.pdf>
- Poter, P., & et.al. (s.f.). *Fundamentos de enfermería* (9 ed.). ELSEVIER. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=ILWXDwAAQBAJ&pg=PA361&dq=discapacidad&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwi3zKCBY0juAhWoGFkFHQvpD68Q6AEwBHoECAMQAg#v=onepage&q=discapacidad&f=true>
- Prías, H. (2017). Cuidado humanizado: un desafío para el profesional de enfermería. *Revisalud*, 3(1), 26-30. Obtenido de <https://www.recia.edu.co/index.php/revisalud/article/view/575/620>
- Prieto, F., & et.al. (2019). Características y competencias de la Enfermería oncológica. *Ocronos*, s.n. Obtenido de <https://revistamedica.com/enfermeria-oncologica/>
- RAE. (2014). Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/cuidar?m=form>
- Redondo, T., Ibañez del Prado, C., & Barbas-Abad, S. (2017). Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clínica y Salud*, 28(3). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742017000300117
- Regina, A. (2019). *Construcción y validación de una escala de evaluación del nivel de competencia en la interacción de cuidado para estudiantes de Grado en*

Enfermería. Tesis Doctoral. Obtenido de

<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/89975/Tesis%20Doctoral%20REGINA%20ALLANDE%20CUSO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rivera Vázquez, P., & Rojas, W. (2017). Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Rev enferm Herediana*, 10(2), 82-88. Obtenido de

https://www.researchgate.net/publication/326432529_Autopercepcion_de_la_calidad_de_vida_de_pacientes_con_insuficiencia_renal_cronica_sometidos_a_hemodialisis

Rodríguez, Y., & Expósito, M. (2018). La enfermera y los cuidados al final de la vida. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4), s.n. Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400002

Ruiz, D. (2017). *Intervención de enfermería en pacientes adultos mayores en la etapa final de la vida hospitalizados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú*. 69.

<doi:file:///D:/Downloads/A7%20T%202017%20INTERVENCION%20EN%20ENFERMERIA%20EN%20PACIENTES.pdf>

Sánchez Flores, F. (2019). Fundamentos Epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y diseños. *Revista de investigación en docencia universitaria*, 13(1), 102-122. doi:<https://orcid.org/0000-0002-0144-9892>

Santacoloma, M., & Giraldo, G. (2017). Manifestaciones gastrointestinales de la enfermedad renal crónica. *Investigación original*, 4(1), 17-26. Obtenido de <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/266/html>

- Schäfer, T., & et.al. (2020). Cuidados paliativos y teoría humanística en enfermería. *Revista de enfermería Actul*, 90(21), 27-32. Obtenido de <http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/467/601>
- Serrano Navarro, I., & et al. (2019). Trastornos del sueño en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada. *Enfermería Nefrología*, 22(4). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000400361
- Significados. (2019). *Significado de Resiliencia*. Obtenido de <https://www.significados.com/resiliencia/>
- Silva, J., & et.al. (2018). Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos. *Aladefe*, 8(3), 28-36. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/284/percepcion-de-las-enfermeras-sobre-cuidados-paliativos-experiencia-con-pacientes-oncologicos/#:~:text=Los%20cuidados%20paliativos%20est%C3%A1n%20diligidos,paciente%20oncol%C3%B3gico%20en%20fase%20>
- Sociedad Española de Nefrología. (2019). *Onco-nefrología-Justificación* . Obtenido de S.E.N.: https://www.senefro.org/modules.php?name=grupos&d_op=viewgroup&idgroup=14245&idgroupcontent=1603
- Sociedad Española de Oncología. (2019). Toxicidad de los tratamientos oncológicos. *Fundación SEO*; . Obtenido de <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/toxicidad-de-los-tratamientos-oncologicos?start=5>
- Sosa, R., & et al. (2020). *Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres*. Hospital Universitario Ramón y Cajal. IRyCIS Madrid, Servicio de Nefrología.

Obtenido de <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-accesos-vasculares-percutaneos-cateteres-326>

Strub, A., & et al. (2020). *Fístula Arterio-venosa para hemodialisis*. Hospital Feneral Universitario Gregorio Marañón. Obtenido de <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-fistulas-arterio-venosas-hemodialisis-332>

Tamayo, M. (1999). *Aprender a investigar* (3ra ed.). ICFES. Obtenido de <https://www.postgradoune.edu.pe/pdf/documentos-academicos/ciencias-de-la-educacion/19.pdf>

Triana, M. (2017). La empatía en la relación enfermera-paciente. *Avances en Enfermería*, 35(2), 121-122. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/66941/61637>

Vallejo, M., & Baque, J. (2021). Alimentación y cuidados paliativos en el paciente oncológico terminal. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(2), 71-78. doi:<https://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.274>

Vallejo, M., Lino, N., & Quinto, R. (2017). Estudio de Pertinencia de los Cuidados Paliativos en Ecuador. *Revista Oncología*, 27(3), 238-256. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998927/estudio-de-pertinencia-de-los-cuidados.pdf>

Valpdespina, C. (2019). Clasificación NANDA,NOC,NIC 2018-2020. Salsplay. Obtenido de https://contenidos.salusplay.com/hubfs/ebooks/Clasificaciones-NANDA-NOC-NIC-2018-2020.pdf?utm_campaign=M%C3%A1sters+Enfermer%C3%ADa&utm_medium=email&_hsenc=p2ANqtz-9ruKxD17VjuDFa2oIU3aO-cPZ_QE-

4wcoJoR4aCEUtuureINbIPTP4HvDi2I5vWZJAaB-kqLjM8jX0Piqyt4C4Ox-
W2

- Vásquez, A. e. (2018). Enseñanza y aprendizaje del proceso de enfermería: una mirada desde la experiencia de los estudiantes. *Revista Salus*, 22(3), 9-13.
- Vázquez, L. (2017). Síntomas psicológicos e intervenciones en crisis en el paciente terminal. *Tamaulipas*, 28. Obtenido de <https://www.tamaulipas.gob.mx/salud/wp-content/uploads/sites/4/2017/05/sintomas-psico.-e-intervencion-en-crisis-en-el-paciente-terminal-lic.-luis-gerardo-vazquez-torres.pdf>
- Veaga, M., & et.al. (2020). Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: Aporte para la humanización en salud. *Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados*(58), 44-55. Obtenido de <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2020-n58-Amabilidad-confort-y-espiritualidad-en-los-cuidados-paliativos-oncol%C3%B3gicos-Aporte-para-la-humanizaci%C3%B3n-en-salud>
- Vélez, P., & Salgado, A. (2018). *Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos*. Tesis de titulación , Univerdidad Católica de Santiago de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10101/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-435.pdf>
- Vidal, C., Rios, G., Salom, C., & Pellicer, A. (2019). Efectosadversos de la inmunoterapiaoncohematológica: implicaciones para la Atención Primaria y continuidad asistencial. *SEMERGEN*, 8. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359319302771>

Zambrano, H., & et al. (2019). Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería. *Enfermería Nefrológica*, 22(2). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000200141

Zuñiga, C. (2014). Cuidados de soporte/paliativos en diálisis ¿Por qué, cuándo y cómo. *Diálisis y Trasplante*, 35(1), 20-26. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-cuidados-soporte-paliativos-dialisis-por-S1886284513001100>

Zurita, K. (2019). *Sobrevida global en pacientes con cáncer de cérvix etapa clínica IV B y su relación con el tratamiento recibido en el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala de Quito en el período comprendido entre 2009 y 2013*. Tesis de Especialista, Universidad Central del Ecuador, Quito. Ecuador. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/19451/1/T-UCE-0006-CME-121-P.pdf>

ANEXO

Anexo 1 Aprobación del tema



UEB
UNIVERSIDAD
ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD Y
DEL SER HUMANO

ACTA DE LA REUNION DE LA COMISIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Siendo las 09 y 07 horas de miércoles 6 de enero 2021, se da inicio a la reunión convocada, a la misma que asisten las siguientes personas:

ID: <https://cedia.zoom.us/j/82156423875>

No	NOMBRE	CARGO
1	Arq. César Pazmiño	DECANO
2	Lic. Vanessa Mite	COORDINADORA DE CARRERA
3	Lic. Esthela Guerrero	RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN
4	Lic. Mery Rea	COORDINADORA

Desarrollo de la reunión:

1.- Análisis de las modalidades de trabajo de titulación solicitadas por los estudiantes y asignación de Docentes tutores.

COLEGIO NACIONAL
26-02-2021
Plea

	LINEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LINEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO CALIDAD DEL CUIDADO	POST-TRAUMATOLOGIA QUIRURGICA HOSPITAL DR ABEL GILBERT PONTON 2021"			MARIA ALEJANDRA ESCOBAR CARVAJAL Y DORIS ALEXANDRA ROIAS PASTO TUTORA LIC. MARY MOSSO
4	EXPERIENCIAS DE MADRES CON DEPRESION POS-PARTO DEL AREA DE GINECOLOGIA. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DICIEMBRE 2020. LINEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LINEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO CALIDAD DEL CUIDADO	VIVENCIAS DE MADRES CON DEPRESION POS-PARTO DEL AREA DE GINECOLOGIA. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. DICIEMBRE 2020.	ESTUDIO DE CASO		
5	RELATOS DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE EL AFRONTAMIENTO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESION POR ABANDONO FAMILIAR. "FUNDACION DESARROLLO Y AMPARO SOCIAL". SAN MIGUEL 2020 -2021 LINEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LINEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	RELATOS DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE EL AFRONTAMIENTO AL ABANDONO FAMILIAR. "FUNDACION DESARROLLO Y AMPARO SOCIAL". SAN MIGUEL 2020 -2021	ESTUDIO DE CASO		DARWIN PATRICIO VELEGELA ROMERO MARCO JOEL VERDEZOTO VERDEZOTO TUTORA LIC. NORMA PAREDES
6	"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA SEGUN LA TEORIA HUMANISTICA DE PATERSON Y ZDERAD EN CUIDADOS PALIATIVOS BRINDADOS A PACIENTES	"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA SEGUN LA TEORIA DE PATERSON Y ZDERAD A PACIENTES ONCOLÓGICOS. AREA DE DIALISIS. HOSPITAL ABEL GILBERT	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	DE	LARA QUIROLA ANDY STEEVEN, VALVERDE GAIBOR JOSSELIN PAOLA, C

26-02-2021
SECRETARIA

Anexo 2 Solicitud de permiso de ejecución del proyecto

Correo de Universidad Estatal de Bolívar - UEB- Carrera de Enfe...

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=0abc3cb56e&view=pt&search=>



Ligia Marlene Curi Chiluiza <mcuri@ueb.edu.ec>

UEB- Carrera de Enfermería solicitud de autorización para ejecutar trabajo de titulación

Ligia Marlene Curi Chiluiza <mcuri@ueb.edu.ec>
Para: alex.aldaz@hospitalguayaquil.gob.ec
Cc: Gladys Vanessa Mite Cardenas <gmite@ueb.edu.ec>

3 de febrero de 2021, 9:44

Cordial saludo:

Para conocimiento y fines consiguientes remito comunicación.

Cordialmente,

Marlene Curi Chiluiza
AUXILIAR DE SECRETARÍA

 COMUNICACION HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL.pdf
224K

Anexo 3 Aprobación de la ejecución del proyecto en el hospital



Ministerio de Salud Pública
Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"
Área de Docencia e Investigación

Memorando N° HAGP-2021-UDI-085-M
Guayaquil, junio 10 del 2021

Licenciada
Mariuxi Pallo Chalen
Enfermera Líder de Oncología
Presente

De mis consideraciones:

A través de la presente solicito a usted, muy comedidamente se sirva brindar las facilidades a los estudiante Andy Steveen Lara Quirola y Josselin Paola Valverde Gaibor, quienes se encuentra realizando su tema de tesis "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO HUMANISTA DE PATERSON Y ZDERAD" para la cual deberán recabar información en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón" durante el período comprendido desde enero a mayo del 2021

Agradeciéndole por la atención brindada.

Atentamente,

Dra. Grace Mbcoto Solórzano
Líder de Docencia e Investigación
Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón



Copia: Archivo

Anexo 4 Guía de valoración



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO HUMANISTA DE PATERSON Y ZDERAD PARA CUIDADOS PALIATIVOS BRINDADOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL ÁREA DE DIÁLISIS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN DE GUAYAQUIL. ENERO-MAYO 2021

Autoras: Andy Steeven Lara Quirola y Josselin Paola Valverde Gaibor

Guía de Valoración

Datos del paciente

Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	Edad	
-------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------	--

Valoración clínica

Diagnóstico médico	
---------------------------	--

Valoración del entorno

Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo
	<input type="checkbox"/> Unión de hechos	<input type="checkbox"/> Divorciado	
Vive con	<input type="checkbox"/> Familia nuclear	<input type="checkbox"/> Extensa	<input type="checkbox"/> Ampliada
Número de diálisis a la semana			

Valoración de enfermería según las necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta		
Necesidades Oxigenación <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Signos vitales	Frecuencia respiratoria		
		Frecuencia Cardíaca		
		Tensión arterial		
	Capacidad respiratoria	Normal		
		Taquipnea		
		Bradipnea		
		Apnea		
	Ruidos respiratorios agregados	<input type="checkbox"/> No	Especifique	
		<input type="checkbox"/> Si		
	Requerimientos de oxígeno	<input type="checkbox"/> No	Especificaciones	
<input type="checkbox"/> Si				
Secciones bronquiales (Tos)	<input type="checkbox"/> No	Características		
	<input type="checkbox"/> Si			
Fumador	<input type="checkbox"/> Si	Años		
	<input type="checkbox"/> No			

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta	
Necesidades de Nutrición <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Medidas antropométricas	Peso	
		Talla	
		IMC	
		Perímetro abdominal	
	Composición corporal	Bajo peso	
		Peso normal	
	Sobrepeso		

	Tipo de dieta	Obesidad	
		General	
		Hiposódica	
		Hipoproteica	
		Hipercalórica	
		Otra	
	Apetito	Número de comidas al día	
		Normal	
		Aumentado	
		Disminuido	
	Signos y síntomas digestivos	Nauseas	
		Vómitos	
		Estreñimiento	
		Diarrea	
Dificultad para alimentarse	Si		
	No		
Ingesta de líquidos	Cantidad por día		

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta	
Necesidades de Eliminación <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Valoración abdominal	Blando depresible	
		Tabla	
		Distensión abdominal	
	Ruidos Hidroaéreos	Presentes	
		Aumentados	
		Disminuidos	
		Ausentes	
	Alteraciones urinarias	Número de micciones/día	
		Poliuria	
		Anuria	
		Oliguria	
		Nicturia	
		Disuria	
		Globo vesical	
		Características de micciones	Ámbar
	Turbia		
	Hematuria		
	Características de evacuaciones	Número de deposiciones/día	
		Líquida	
		Blanda	
		Dura	
		Diarrea	
	Medicamentos para la eliminación	Estreñimiento	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Especifique	
	Ha presentado vómitos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta		
Necesidades de moverse y mantener una postura adecuada <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Situación actual	Deambulación		
		Sillón-cama		
		Encamado		
	Requiere ayuda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Uso de dispositivos	
		Limitación de movimientos	Extremidades superiores	
Extremidades inferiores				

	Dificultad para la movilización	Otros	
		Neuralgia	
		Artralgia	
		Mialgia	
		Parestesias	
Presenta debilidad corporal	Si No		

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta
Necesidad de descanso y sueño <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Características para el sueño	Número de horas sueño/día
		Dificultad para dormir
		Insomnio
		Interrupciones durante el sueño
		Sueño diurno
		Ojeras
	Aparición de signos físicos	Esclerótica enrojecida
		Bostezos frecuentes
		Cambios de posturas
		Ninguno
	Medidas para dormir	Medicamentos
		Relajación
		Otros
		Ninguno

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta
Necesidad de vestirse y desercicé <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Aspecto general	Adecuado
		Descuidado
	Requiere ayuda al vestirse	Si
		No
	Uso de vestimenta de acuerdo a las condiciones ambientales	Si
		No

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta
Necesidad de mantener la temperatura corporal <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Fluctuaciones de temperatura	Temperatura (°C)
		Hipotermia
		Hipertermia
		Normal
	Coloración de la piel	Rosada
		Rubicunda
		Cianótica
		Ictericia
	Signos asociados	Prurito
		Escalofríos
		Sudoración
		Otros

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta
Necesidad de higiene y protección de la piel <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Pañal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Sonda vesical	<input type="checkbox"/>
	Aseo personal	<input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> N° baños/semana <input type="checkbox"/> Genitales

	Paciente se encuentra encamado	<input type="checkbox"/>		
	En caso de que su respuesta sea sí cada cuánto tiempo se realiza cambios postulares	<input type="checkbox"/> Cada 2 horas <input type="checkbox"/> Cada 6 horas <input type="checkbox"/> Cada 12 hora <input type="checkbox"/> Una vez por día		
	En caso de incapacidad para la higiene personal especifique cual	Fuerza física		
		Fuerza psíquica		
		Conocimiento		
		Voluntad		
	Higiene personal	Sin discapacidad		
		Buena		
		Regular		
	Estado de la piel	Mala		
		Deshidratada		
		Hidratada		
		Integra		
	Presencia de úlceras por presión	Lesiones		
		Palidez		
	Presencia de úlceras por presión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Localización	
	Herida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Localización	
	En caso de que su respuesta es sí cada cuanto tiempo se realiza curaciones	<input type="checkbox"/>		

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta	
Necesidad de evitar peligros del entorno <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Nivel de conciencia	Consiente	
		Desorientado	
		Somnoliento	
		Coma	
	Estado de ánimo	Tranquilo	
		Ansioso	
		Eufórico	
		Preocupado	
	Déficits sensoriales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo
		Causas	
	Patología	Conocimiento de la patología	
		Conocimiento del tratamiento	
		Conocimiento del tratamiento de diálisis	
		Riesgo de infección en el lugar de punción	
		Esquema de vacunas inmunoprevenibles	
		Alergias conocidas	
	Peligros ambientales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Especificación

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta
Necesidad de comunicarse	Organización del pensamiento-lenguaje	Coherente
		Delirante

<input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente		Confuso	
	Dificultad de comunicación	Expresión	
		Comprensión	
		Utiliza otro idioma	
		Ninguno	
	Comunicación con los demás	Manifiesta carencia afectiva	
		Rechazo al contacto físico	
		Evita contacto visual	
		Aislamiento terapéutico	
		Expresión de soledad	

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta	
Necesidad de vivir según sus valores y creencias <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Religión a la que pertenece		
	Solicita ayuda espiritual	Si	
		No	
	Utiliza medicina alternativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Especifique
Problemas emocionales	Si No	Especifique	

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta	
Necesidad de trabajar y sentirse realizado <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Nivel educativo	Ninguno	
		Primaria	
		Bachillerato	
		Superior	
	Realiza actividades	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Especifique

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta	
Necesidad de participar en actividades recreativas <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Preferencias por el ocio	Televisión	
		Música	
		Lectura	
		Caminatas	
		Otros	
	Realiza actividades recreativas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Especifique
	Cada cuanto tiempo realiza actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	

Necesidades Básicas	Cuestionamiento/observación	Respuesta	
Necesidad de aprendizaje <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Reconocimiento propio	Reconoce su estado de salud	
		Reconoce su tratamiento	
	Presenta limitaciones para el aprendizaje	Cognitivas	
		Físicas	
	Manifiesta interés por aprender	Si	
		No	

Anexo 5 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted se encuentra considerado para participar en el proyecto de investigación denominado: **APLICACIÓN DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA SEGÚN EL MODELO HUMANISTA DE PATERSON Y ZDERAD PARA CUIDADOS PALIATIVOS BRINDADOS A PACIENTES ONCOLOGICOS DEL AREA DE DIALISIS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "DR. ABEL GILBERT PONTON" ENERO – MAYO 2021**, desarrollado por los estudiantes de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, que se encuentran en proceso de titulación; Srta. Josselin Paola Valverde Gaibor con CI: 020250066-6 y Sr. Andy Steeven Lara Quirola con CI: 172535452-4, bajo la tutoría de la Lcda. Mery Rea Guamán, docente de la Universidad Estatal de Bolívar.

Para dicho proyecto de investigación se aplicará una guía de valoración con el objetivo de recolectar información sobre los pacientes oncológicos que se realizan diálisis, la misma que nos ayudara a identificar los problemas de salud de los pacientes y elaborar un plan de atención de enfermería que serán aplicados, para mejorar la salud de los mismos.

Si acepta participar en este proyecto de investigación deberá responder a todas las preguntas de la guía de valoración que se le va a realizar, además autoriza a las interesadas al acceso a su historial clínico con fines investigativos.

Esta actividad se efectuará de manera individual con un tiempo estipulado para su aplicación de 20 minutos aproximadamente.

La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, los datos obtenidos serán analizados en el marco de la presente investigación, su presentación y difusión científica será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados.

Si tiene consultas respecto a la investigación, puede contactarse con las estudiantes a cargo del proyecto de investigación;

Srta. Josselin Paola Valverde Gaibor, correo electrónico: jvalverde@mailes.ueb.edu.ec /
Sr. Andy Steeven Lara Quirola, correo electrónico: andlara@mailes.ueb.edu.ec / Tutora
del proyecto de investigación: Lcda. Mery Rea Guamán, correo electrónico:
mrea@ueb.edu.ec

Para cualquier duda que se presente, o si se vulneran sus derechos puede contactarse
con el comité de ética de la Universidad Estatal de Bolívar al teléfono 2206799 –
0996585634, o al correo electrónico: miara2007@yahoo.es –
vrectorfinanciero@ueb.edu.ec.

Por medio del presente declaro tener todos los conocimientos sobre el proyecto de
investigación y manifiesto mi interés de participar en el mismo-

Acepto participar en la presente investigación.

NOMBRES Y APELLIDOS

Nicacio de la Rosa

FIRMA



FECHA

18/06/2021

Anexo 6 Registro fotográfico

Aplicación de la guía







Profesionales de enfermería



