

NECESIDADES DEL PACIENTE AGÓNICO Y SU FAMILIA: CUIDADO
ENFERMERÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN 2014-2015.

Investigadores estudiantes:

YESICA DIAZ GOMEZ

DEISY FUENTES BENITEZ

JUAN DAVID GOMEZ CHICAIZA

NELSON IVAN ORTEGA CAÑAS

LUISA FERNANDA SALAZAR CERÓN

LEIDY CAROLINA TRUJILLO COAJÍ

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
POPAYÁN, 2014

NECESIDADES DEL PACIENTE AGÓNICO Y SU FAMILIA: CUIDADO
ENFERMERÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN 2014-2015.

Investigadores Estudiantes:

YESSICA DIAZ GÓMEZ

DEISY FUENTES BENITEZ

JUAN DAVID GOMEZ CHICAÍZA

NELSON IVAN ORTEGA CAÑAS

LUISA FERNANDA SALAZAR CERÓN

LEIDY CAROLINA TRUJILLO COAJÍ

Investigadora Principal:

Enf. Mag. Esp. MARIA DEL PILAR RESTREPO de Paz

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

POPAYÁN, 2014

AGRADECIMIENTOS

Primero a Dios por la vida, y la bendición de poder culminar con éxito nuestro proyecto de investigación, para acceder a tan anhelado título.

A nuestros padres por ser nuestra guía y apoyo incondicional para ayudarnos a crecer profesionalmente.

A la Universidad del Cauca, por ser la gestora de nuestra educación y por cada una de las oportunidades ofrecidas institucionalmente.

A nuestra asesora María del Pilar Restrepo de Paz, por su gran esfuerzo y dedicación para la elaboración de esta importante Investigación en Enfermería.

Al Hospital Universitario San José, por permitirnos desarrollar la investigación en sus instalaciones.

A nuestros compañeros de la Universidad por hacernos sugerencias a la investigación y por siempre brindarnos apoyo para continuar y salir adelante.

CONTENIDO.

	Pág.
1 INTRODUCCIÓN-----	8
2 OBJETIVOS -----	9
2.1 Objetivo general-----	9
2.2 Objetivos específicos -----	9
3 MARCO REFERENCIAL -----	10
3.1 Antecedentes Históricos en Cuidados Paliativos -----	10
3.2 Etapa Terminal y Enfermo Terminal -----	10
3.3 Signos y Síntomas Durante la Agonía. -----	11
3.4 Activación de código Lila para paciente agónico-----	14
3.5 Necesidades Biológicas-psicológicas-sociales y espirituales del paciente agónico y sus cuidados.-----	15
3.6 Necesidades de la familia del paciente agónico y cuidados -----	25
3.7 Aspectos Legales sobre Cuidados Paliativos -----	31
4 METODOLOGÍA-----	32
4.1 Tipo de estudio -----	32
4.2 Población sujeto de estudio: -----	32
4.3 Criterios de inclusión y exclusión -----	33
4.4 Descripción de las variables: -----	34
4.5 Instrumentos y técnicas de recolección de la información-----	35
4.6 Consideraciones éticas -----	36
5 RESULTADOS-----	37

5.1	Conocimiento de Enfermería sobre la Etapa Agónica_	37
5.2	Aspectos bisociodemográficos del paciente agónico	388
5.3	Necesidades del paciente agónico y Cuidados de Enfermería.....	39
5.4	Aspectos bisociodemográficos del familiar del paciente agónico_____	55
5.5	Necesidades de la familia del paciente agónico y Cuidados de Enfermeria_____	57
6	DISCUSIÓN	61
7	CONCLUSIONES_____	66
8	RECOMENDACIONES_____	67
	ANEXOS	688
	BIBLIOGRAFÍA.....	128

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N°1. Distribución numérica de los pacientes fallecidos entre los meses de Enero a Agosto del año 2014 de las áreas de quirúrgicas, medico quirúrgicas y medicas de HUSJ	30.
Tabla N° 2. Distribución porcentual según aspectos biosociodemográficos del paciente agónico. Popayán HUSJ 2015	38.
Tabla N° 3. Distribución porcentual según aspectos biosociodemográficos del familiar del paciente agónico. Popayán HUSJ 2015.	55.

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pag
1. Consentimiento informado dirigido a: familiar.	68
2. Consentimiento informado dirigido a: equipo enfermero.	70
3. Consentimiento informado dirigido a: paciente consiente.	72
4. Entrevista estructurada dirigida a: equipo de enfermería.	74
5. Matriz para transferencia de información de historia clínica sobre el paciente.	79
6. Guía de observación al paciente agónico y matriz para la confrontación con la historia clínica.	80
7. Entrevista estructurada dirigida a: familiar del paciente agónico.	83
8. Presupuesto.	90
9. Cronograma.	92
10. Operacionalización de variables.	93
11. Lista de cuidados de enfermería para el paciente agónico y su familia	116

RESUMEN

La presente investigación busca determinar las necesidades del paciente en la etapa agónica y su familia, indicando unas acciones de cuidado de enfermería que mejoren el bienestar y el confort, mediante la realización de un estudio observacional, descriptivo, cuantitativo y de corte transversal en el Hospital Universitario San José en el periodo 2014 y 2015; la información se recabo de una población universo de 34 personas constituida por pacientes, familiares y equipo de enfermería, e información de la historia clínica de los pacientes. Entre los resultados se encontró que el equipo de enfermería tiene un déficit de conocimiento sobre los cuidados que debe realizar a un paciente agónico y su familia. Los signos y síntomas que menos cuidados de enfermería recibían eran boca seca, disnea y ojo seco, además apoyo religioso; las necesidades insatisfechas de la familia fueron descanso, alimentación, sueño, tranquilidad y apoyo religioso. La investigación permite concluir que el paciente agónico y su familia tienen necesidades biológicas, espirituales, sociales y psicológicas, que deben ser satisfechas para mejorar su bienestar y confort para lo cual se necesita contar con personal capacitado, y que sepa identificar la etapa agónica.

PALABRAS CLAVE

Etapa agónica, cuidado enfermero, necesidades, familia, paciente.

STAGE OF AGONY: NEEDS AND NURSING CARE

SUMMARY

This research seeks to determine the patient's needs in the stage of agony and his family, indicating actions of nursing care that improve the welfare and comfort, by conducting an observational, descriptive, quantitative study and cross-section at Hospital Univeristario San José in the period 2014 and 2015; the information was collected in a world population of 34 people consisting of patients, families, nursing staff, and information about the medical history of patients. Among the results it was found that the nursing team has a deficit of knowledge about the care to be performed to a patient in a state of agony and his family. Signs and symptoms that fewer nursing care received were dry mouth, dyspnea, dry eye, as well as religious support; the unmet needs of the family were resting, eating, sleeping, tranquility and religious support. The research allows us to conclude that the patient in state

of agony and his family have biological, spiritual, social and psychological needs that must be satisfied to improve their welfare and comfort so that it is important to have trained personnel who knows identify this stage.

KEYWORDS

State of agony, nursing care, needs, family, patient.

1 INTRODUCCIÓN

Durante la etapa agónica el paciente y su familia presentan necesidades especiales que pueden no ser satisfechas completamente, por el posible desconocimiento total o parcial del equipo de enfermería sobre las acciones de cuidado que se requieren; de igual forma, históricamente hay un probable distanciamiento del equipo de salud donde generalmente se piensa que si no hay un tratamiento curativo, no hay mucho que hacer por la vida. Por estas razones se ha observado a través de los años un deterioro en el bienestar y confort del paciente agónico haciendo que su sufrimiento se intensifique y se prolongue, al igual que el de su familia quien también forma una parte muy importante en este proceso, además que posee uno de los roles más valiosos.

Por consiguiente se ve necesario el aporte de esta investigación ya que va dirigido al profesional de enfermería y auxiliares, con el fin de fomentar las prácticas de cuidado enfermero. Además se describieron y reconocieron las necesidades del paciente agónico y su familia teniendo en cuenta necesidades biológicas, sociales, psicológicas y espirituales que permitieron favorecer su integridad y contribuyeron a reforzar los conocimientos. También, no solo se pretendió conocer las necesidades sino también se dieron sugerencias para un cuidado holístico, integral, individualizado y continuo. Se generó una lista de acciones de cuidado enfermero para el paciente agonizante, basada en los resultados obtenidos durante la investigación que pueda ser aplicada y desarrollada en nuestro contexto y que aporte a la atención integral del paciente enfatizando en la humanización del cuidado y en promover una muerte digna para que en un futuro se implementen y se creen protocolos y guías de cuidado de atención para esta etapa puesto que existe una imperiosa necesidad de implementar medidas que mejoren la condición de vida, bienestar y confort.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar las necesidades del paciente en la etapa agónica, y su familia, indicando unas acciones de cuidado de enfermería que mejoren el bienestar y confort.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Reconocer las necesidades del paciente en etapa agónica.

2.2.2 Indagar sobre las necesidades de la familia del paciente agónico.

2.2.3 Identificar los cuidados de enfermería que se prestan al paciente agónico y su familia.

2.2.4 Determinar las acciones que mejoren el cuidado enfermero en etapa agónica.

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 Antecedentes históricos en cuidados paliativos

El lugar donde se recibían a los enfermos moribundos para proporcionarles cuidados eran los Hospices, esta palabra se utiliza por primera vez en 1842 por Jeanne Garniere en Lyon, Francia, más tarde llamados Hospitales definidos por Gabriela Adriana Montes de Oca Lomelipor como “espacios para dar el mejor confort, bienestar, soporte emocional y espiritual tanto al paciente como a toda la familia cuando los enfermos llegan a la fase avanzada de su etapa terminal”. También la autora menciona que “el objetivo de estos lugares es tratar que sus pacientes puedan disponer de los meses o días que les restan con una gran calidad de vida”; mantenerlos libres de dolor, consientes y controlar los síntomas que se hacen presentes por la enfermedad en sí. Se busca que el ambiente sea lo más parecido posible a su hogar y que puedan también estar rodeados de sus seres queridos para así continuar con su vida familiar y morir con dignidad”¹. En 1905 se funda el Hospice de San José en Londres.

En 1967 la enfermera Cecyle Saunders, después de finalizar sus estudios de medicina inaugura el St. Cristhoper Hospice de Londres. Iniciativas parecidas a estas se van extendiendo por EE.UU, Canadá y Europa. El término de Medicina Paliativa se remonta al año 1977. Los Colegios de Médicos del Reino Unido la reconocen en la actualidad como una especialidad médica.²

3.2 Etapa terminal y enfermo terminal

La etapa terminal corresponde a la suma de acontecimientos previos a la muerte determinada por el deterioro previo y generalizado del organismo y sus funciones, como consecuencia del padecimiento de una enfermedad que no responde a tratamientos específicos. Según la OMS, paciente terminal "es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con una falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y

¹ MONTES DE OCA LOMELI, Gabriela Adriana. Historia de los cuidados paliativos. En: Revista Digital Universitaria. Vol. 7, no.4 ISSN: 1607 - 6079 (abr, 2006); pág Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/int23.htm>

² Antecedentes de los cuidados paliativos. {En línea} {22 de Septiembre de 2014}; Disponible en: <http://www.aseedar-td.org/revistas/articulos/04-4.pdf>

cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses)".³

Durante sus últimos días de vida el paciente experimenta una etapa que corresponde a la agonía, definida como el estado que precede a la muerte, en la que la vida se extingue gradualmente donde también se expresa la angustia que acongoja al moribundo⁴. Además comprende el agotamiento total de la reserva fisiológica identificada por la presencia del deterioro físico severo, debilidad extrema, trastornos de la conciencia y dificultad para relacionarse o comunicarse. Se trata de un periodo entre la vida y la muerte donde hay un progreso irreversible hacia esta.⁵

Partiendo de lo dicho anteriormente, se ve la necesidad de una asistencia paliativa, la cual consiste en los cuidados globales que reciben los pacientes que sufren una enfermedad avanzada y no responden al tratamiento curativo. En el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.) se afirma que uno de los deberes fundamentales del profesional de enfermería es "aliviar el sufrimiento". El alivio es uno de los pilares que fundamentan la asistencia definida.

En su declaración de posición sobre los cuidados a los pacientes en fase terminal y el cuidador primario, el C.I.E. afirma que: "la función de la enfermería es fundamental para reducir el sufrimiento, mejorando la calidad de vida de los pacientes terminales y de sus familias mediante una pronta evaluación de necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales"⁶

3.3 Signos y Síntomas Durante la Agonía.

Los últimos momentos de la vida de todo ser humano pueden acompañarse de una muy variada cantidad de signos, síntomas y un gran impacto emocional en el paciente y su familia, lo que hace que sea de vital importancia que se presten los cuidados necesarios tanto para el paciente como para el familiar, es importante estudiar uno a uno los signos y síntomas desde la relevancia que tiene profundizar

³ CUETO BEJARANO, Carmen. El niño en fase terminal atención y apoyo que requiere en este proceso. {En línea} {11 de septiembre 2014}. Disponible en:

<http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/23%20El%20niño%20en%20fase%20terminal.pdf>.

⁴ ALONZO, Alberto. VILCHES, Yolanda. DIEZ, Leyre. Atención en la agonía. {En línea} {25 de septiembre de 2014}. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220279A>

⁵ IRURZUN ZUÁZABAL, Josu. Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal. {En línea} {23 de Septiembre de 2014}; disponible en : <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t170.pdf>

⁶ Ética, Bioética y Legalidad en los Cuidados Paliativos. {En línea} {22 de Septiembre de 2014}; disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1294868609.pdf>

en los cuidados paliativos tomando en cuenta la perspectiva del familiar ante cada una de las situaciones que se presenten.

Estos síntomas se podrían clasificar en tres grupos: biológicos, sociales y psicológicos en el tercer grupo se encuentran unidos los espirituales.

Entre los síntomas biológicos se encuentran los siguientes: dolor, estreñimiento, fatiga, debilidad, insomnio, xerostomía, anorexia, tos, diarrea, disfagia, entumecimiento, incontinencia fecal, urinaria, entre otros.

Los principales síntomas psicológicos son: ansiedad, depresión, vacuidad, confusión, delirio y desesperanza.

Hay algunos signos que se presentan con gran frecuencia pocos días antes de la muerte tales como: debilidad y astenia profundas y progresivas, somnolencia, escasa ingesta oral, dificultad para tragar, dificultad para hablar, incontinencia urinaria, pérdida de capacidad de cerrar los ojos, oliguria, hipotensión arterial, desorientación en tiempo, sueños vividos o pesadillas, visiones de personas fallecidas, y expresión de ansias de ir al hogar. Además se ha considerado que los siguientes signos son premonitorios de la muerte de un paciente en las próximas horas: respiración de cheyne-stokes, apneas, livideces y frialdad de la piel, somnolencia, obnubilación, coma, estertores, descenso de la presión arterial y taquicardia. Si alguno de estos síntomas se presenta aislado, puede estar relacionado a causas potencialmente reversibles, sin embargo si su manifestación está en conjunto con el deterioro global y progresivo del paciente generalmente significa la entrada en la fase de agonía, sin importar el diagnóstico. Estos síntomas son generales para la gran mayoría de personas que entran en esta fase.

Un 36% a 90% de los pacientes sufren de dolor en los últimos momentos de su vida, haciendo que el control de este síntoma sea de gran importancia como cuidado paliativo para disminuir su sufrimiento y mejorar su bienestar y confort en esta etapa final.

“El reconocimiento de que una persona está entrando en fase de agonía es fundamental para adecuar el plan de cuidados del enfermo y su familia, enfatizando en el confort”⁷. El reconocimiento de la etapa agónica es el aspecto más importante a tener en cuenta como cuidadores, ya que nos da los lineamientos y directrices sobre la actuación y desempeño del rol del equipo de enfermería, es importante también, además del reconocimiento e identificación de

⁷ ALONZO, Alberto. VILCHES, Yolanda. op. cit, p.7

la etapa, la implementación de actividades oportunas y adecuadas que ayuden al beneficio del paciente en cuanto a su bienestar y confort. Los autores también agruparon estos signos de manera general para poder abarcarlos en su totalidad, hacia los cuales la atención debe estar enfocada con más profundidad, como son: el deterioro progresivo y evidente, pérdida del tono muscular donde se observara debilidad e incontinencias, cambios en los signos vitales que traerá como consecuencia enlentecimiento de la circulación y trastornos respiratorios, afectaciones sensoriales que producirán somnolencia principalmente, dificultad e incapacidad para la ingesta que traerá consigo problemas nutricionales, síntomas derivados de múltiples complicaciones, síntomas psicoemocionales que pueden variar como crisis de ansiedad, agitación, tristeza, resignación y/o miedo.

También se han descrito una serie de signos clínicos de agonía cuya presencia puede predecir la muerte en los siguientes días. Menten y Hufken valoraron 8 criterios⁸:

- Nariz fría blanca
- Extremidades frías
- Livideces
- Labios cianóticos
- Somnolencia > 15h/d
- Estertores
- Pausas de Apnea > 15"
- Anuria <300ml/d

Cuando de 1 a 3 de estos criterios están presentes se puede hablar de situación preagónica. Si están presentes más de 4, el 90% de los enfermos fallecen en menos de 4 días. Sin embargo, los propios autores mencionan que alrededor del 10% de los pacientes incluidos en un servicio de cuidados paliativos fallecen "sin avisar".

⁸ ALONZO, Alberto. VILCHES, Yolanda. op. cit, p.7

3.4 Activación de código Lila para paciente agónico

Actualmente la fundación cardiológica de Bucaramanga propone la activación del Código Lila (CL). Con la función principal de organizar a todo el equipo de UCI para afrontar en conjunto con el equipo sanitario, familiares y paciente; de esta forma, dar oportunidad al paciente de tener un proceso de muerte digna y al familiar de tener un mejor inicio de su proceso de duelo.

Esta propuesta de código lila cuenta con 9 pasos para su activación:

1. Identificación por parte del personal médico y de enfermería, de la posibilidad de un desenlace fatal, en algún paciente de la UCI en las próximas horas dado principalmente por, la inestabilidad hemodinámica, respiratoria o neurológica del paciente, sus altos scores de mal pronóstico y el concepto del grupo tratante durante la revista médica.
2. Teniendo en cuenta, ese paso inicial, el enfermero jefe encargado del paciente activara el “código lila” (CL), informándole a todo el personal tanto asistencial como administrativo de la institución, además colocará la tarjeta de identificación del CL, en la entrada del cubículo o en el sitio escogido por el grupo, se deberá notar un ambiente de respeto inducido, alrededor el cubículo del enfermo.
3. Se contacta a la familia vía telefónica o si se encuentra en la institución, se le permite entrar a la UCI, y en un recinto confortable, tranquilo donde se informa sobre el estado crítico del paciente y la posibilidad que el enfermo podría morir en las próximas horas.
4. Una vez enterada la familia de la situación actual de su ser querido, se les dejara entrar al cubículo, para el acompañamiento pertinente, propiciando un ambiente cómodo y amable para que ellos compartan ese momento de despedida.
5. La auxiliar de enfermería encargada del paciente promoverá el silencio y el respeto ante el duelo de la familia. Además, cerrara las cortinas o puertas del cubículo para proporcionar privacidad y silencio dentro de lo posible.
6. La enfermera o el médico estará pendiente del momento de la ausencia de signos vitales en el monitor, comprobando clínicamente la muerte e informará a la familia el deceso del paciente. Se recomienda permitir a los familiares acompañarlo por 30 minutos o más y no retirar ningún elemento del soporte ni apagar monitores durante esta fase del proceso.

7. Una vez se ha cumplido el tiempo de acompañamiento, se les solicitará de manera respetuosa la salida de la unidad, explicando que es necesario retirar los medios invasivos que tiene, se darán los arreglos postmortem y se trasladará a la morgue de la institución, esperando a que se terminen de realizar los procesos administrativos.

8. Se informará a admisiones de la muerte del paciente para que haga la liquidación y pueda dar el paz y salvo a la familia.

9. Cuando la familia tenga el paz y salvo, la enfermera firmará la autorización para sacar el cuerpo de la institución brindándole a la familia un poco más de tiempo de lo habitual y amabilidad para que este acompañamiento no sea tan frío⁹

3.5 Necesidades biológicas-psicológicas-sociales y espirituales del paciente agónico y sus cuidados.

La Organización Mundial de la Salud define a los cuidados paliativos como “cuidados que mejoran la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, realizando una identificación precoz, una evaluación acuciosa y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales”¹⁰.

Durante la etapa terminal diversos síntomas aquejan al paciente lo cual conlleva a la necesidad de que sean controlados. También hay otras necesidades aparte de la biológicas como son las psicológicas, sociales y espirituales que también necesitan ser satisfechas. Las principales actividades están encaminadas a que el paciente viva el tiempo que le queda de vida con la mayor comodidad posible¹¹.

⁹ SUAREZ FIGUEROA, Leidy Carolina. FAJARDO, Sandra Liliana. “Activación del Código Lila: por una muerte digna en UCI” {en línea} {25 DE NOVIEMBRE DE 2014} Disponible en:http://www.enfermeria.unal.edu.co/Revistaegresados/kaanauai_2013.pdf

¹⁰SEPULVEDA BERMEDO, Cecilia. “Perspectiva de la OMS para el desarrollo de cuidados paliativos en el contexto de programa de control de cáncer en países en vías de desarrollo” {En línea} {10 DE SEPTIEMBRE DE 2014}. Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/coop-internacional/cp-td/LA%20OMS%20Y%20LOS%20CP%20EN%20PAISES%20EN%20DESARROLLO.pdf>

¹¹ TIZON BOUZA E, VAZQUES TORRADO R. “Enfermería en cuidado paliativos: hospitalización durante los últimos días de vida” {En línea} {30 de octubre de 2014}. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/546>

3.5.1 Necesidades Biológicas:

Son aquellas carencias fisiológicas que se presentan a causa de las muchas fallas orgánicas del paciente, entre las más comunes encontramos alteración en la respiración, alimentación, eliminación, movilización, reposo-sueño, estado de la piel, temperatura y seguridad.¹²

- **Alteración Respiratoria:** Entre los problemas más comunes relacionados se encuentran: respiración ruidosa y húmeda, agitación, aparición de secreciones y disnea. Para las cuales se proponen los siguientes cuidados de enfermería:
 - **Disnea:** Es importante mantener una actitud segura y tranquila ante el paciente y la familia, no dejar solo al paciente, elevar la cabecera de la cama (30-40 °), administrar tratamiento médico prescrito: oxigenoterapia y fármacos, Intentar proporcionar aire fresco (ventanas abiertas, abanico, ventilador...) que mejora la percepción de la dificultad respiratoria al estimular los receptores del nervio trigémino, evitar que la familia forme un círculo cerrado sobre el enfermo, evitar presión torácica o abdominal con la ropa de cama y/o camisón o pijama.
 - **Secreciones:** Son molestas sobre todo para la familia, ante la creencia de que el enfermo se está ahogando, pero no es así porque generalmente se presentan en bajo nivel de conciencia, por lo tanto es importante tener en cuenta no aspirar las secreciones a menos que sean abundantes y localizadas en la oro faringe, ya que la aspiración innecesaria aumenta las secreciones, es traumática y molesta al paciente, en lo posible se debe colocar al paciente en la postura adecuada (decúbito lateral con la cabeza ligeramente inclinada) que haga menos audibles las secreciones, administrar fármacos que disminuyan las secreciones y bronco dilaten según prescripción médica, de igual manera es importante mantener una higiene bucal adecuada y retirar manualmente las secreciones cuando sea necesario.
- **Alimentación:** Los pacientes agónicos generalmente presentan niveles de conciencia bajos lo cual dificulta la ingesta de alimentos por lo tanto se

¹² GOBIERNO DE ESPAÑA: "Guías en la práctica clínica de cuidados paliativos". {En línea} {consultado 12 de septiembre 2014} disponible en:
http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/e_06_08_Cuidados_Paliat.pd

proponen como cuidado de enfermería lo siguiente; se debe administrar una dieta de acuerdo con su función y nivel de conciencia, retirándola si fuera necesaria para evitar la bronco aspiración de contenido alimenticio, identificar la aparición de sed (sequedad de mucosas o que el paciente así lo exprese) para proporcionarle una adecuada hidratación intravenosa o subcutánea con fluidos si procede.

- **Eliminación:** Encontramos la incontinencia, retención urinaria, vómito y náuseas.
 - **Incontinencia:** No está indicado el sondaje vesical (o urocolector en hombres), excepto cuando la frecuencia de cambio de absorbentes para adultos incontinentes ocasione más molestia que el producido por dicha técnica. Si existen fugas fecales proceder al cambio de absorbentes adaptándolo al estado del paciente.
 - **Retención:** Si el paciente está agitado valorar la presencia de globo vesical y si procede, realizar sondaje evacuador, valorando su permanencia. No está indicado el sondaje vesical en caso de anuria. No incomodar al paciente con medidas como enemas o tacto rectal que puedan molestarlo.
 - **Náuseas y vómito.** Evitar bronco aspiración de contenido gástrico con medidas posturales adecuadas (decúbito lateral derecho si es posible). Administrar antieméticos según prescripción médica, en caso de que el vómito sea de origen central evitar la movilización brusca e innecesaria del paciente, si el vómito es fecaloide valorar colocación de sonda nasogástrica para vaciado gástrico por aspiración o gravedad. Favorecer la eliminación de olores mediante colocación de ambientadores o similares.
- **Movilización:** Siempre que se pueda, intentar sincronizar la movilización del paciente con el resto de cuidados, teniendo en cuenta: comodidad, postura preferida y presencia o no de sintomatología propia de la enfermedad, si el paciente quiere salir de la habitación se le debe proporcionar todos los medios que favorezcan una movilización segura y brindarle acompañamiento.

- **Reposo-Sueño:** Proporcionar ambiente tranquilo, evitar ruidos innecesarios y limitar el número de visitas respetando las decisiones familiares. En el caso del paciente consciente intentar planificar los cuidados y ajustar el tratamiento prescrito a los ciclos vigilia/sueño, favoreciendo el descanso nocturno. En el paciente semi-comatoso o con agitación importante, administrar el tratamiento farmacológico según prescripción facultativa, evitando el uso de sujeciones mecánicas ya que aumentan el nivel de agitación. El paciente agónico presenta como síntoma más frecuente el insomnio, para el cual es importante las medidas de apoyo psicológico y tratar de solucionar lo que está desencadenando, para esto se realiza una valoración individual.
- **Higiene/Estado de la Piel:** El cuidado de la piel es importante en la etapa de agonía ya que en esta etapa las pequeñas alteraciones provocan molestias que no permiten la tranquilidad del paciente. Entre los diferentes cuidados enfermeros se encuentra: los cuidados bucales, que son comunes en pacientes en bajo nivel de conciencia, manifestándose como alteraciones multifactoriales de la boca, originando numerosos problemas entre los que destaca la sequedad (70% según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos), siendo su manejo más eficaz con cuidados locales que la hidratación con sueros. El objetivo primordial es prevenir el dolor y fomentar el bienestar, realizando la higiene con ayuda de cepillo infantil de cerdas suaves, para dientes, lengua y cavidad oral, torunda de gasa y no dejar de lado la higiene de labios y comisuras, hidratándolas con vaselina (contraindicado si el paciente esta deshidratado o en tratamiento con oxigenoterapia). Para humidificar la cavidad oral se pueden proporcionar pequeños sorbos de agua si el nivel de conciencia lo permite o gasas humedecidas y utilizar lidocaína viscosa al 2% (según prescripción). Para disminuir el dolor oral, retirar prótesis dentales guardándolas en un recipiente debidamente etiquetada, otro de los cuidados es la limpieza de las fosas nasales para mejorar la respiración y aliviar la sequedad.
- **Cuidados de los ojos:** Es frecuente la aparición de secreciones y la apertura continuada del ojo, lo que favorece la sequedad de la córnea, así que es muy importante mantener los ojos limpios e hidratados con

suero fisiológico y gasas humedecidas, utilizar lagrimas naturales y si el paciente es portador de lentes de contacto deben retirarse.

- **Cuidados en Úlceras por presión:** En la agonía ocurren cambios en el estado de la piel que pueden desencadenar la aparición de úlceras por presión. Mantener la piel seca e hidratada, proteger las prominencias óseas y hacer cambios posturales teniendo en cuenta que prima la comodidad y no la prevención de las úlceras, prestar especial atención a aquellos dispositivos que pueden aumentar la aparición de úlceras por presión (sonda nasogástrica, sondas vesicales, ropa ajustada, etc.).

- **Temperatura:** En caso de fiebre evitar el uso de medidas físicas ya que provocan malestar al paciente. Si es necesario aplicar medicación prescrita. Tener en cuenta que la fiebre de origen tumoral es de difícil control, a pesar de la medicación.

- **Seguridad y Confort:** Una de las alteraciones más frecuentes es el estado de confusión que se presenta hasta el 80%, el cual es de origen multifactorial, y se debe usar tratamiento farmacológico evitando, en lo posible, las restricciones mecánicas, cabe destacar que la sedación proporciona seguridad para evitar accidentes pero es importante tener en cuenta la opinión manifestada por el paciente y en su defecto por la familia, evitar en lo posible la colocación de barandillas por la sensación de ahogo que éstas producen al paciente.

- **Dolor:** A medida que llega la etapa final el dolor se ve potenciado por lo que es indispensables un buen cuidado enfermero como valorar las respectivas escalas del dolor para realizar un debido ajuste en los medicamentos analgésicos, valorar diferentes vías de administración como la vía subcutánea para obtener mejores efectos, tener en cuenta otros causas que potencialicen el dolor para poderlas tratar, disminuir al máximo circunstancias incómodas como ruido y procedimientos.

3.5.2 Necesidades sociales

Según Kübler Ross (1975), la capacidad de permanecer en contacto vital con paisajes, cultura, costumbres, tradiciones que pueden cubrirse si se toma el tiempo para escuchar y averiguar cuáles son. Todo enfermo terminal, en su trayectoria hacia la muerte va presentando varias necesidades, entre las que se destacan las siguientes:

- **La compañía:** Más que todo por aquellas personas que le son más afines, como sus seres queridos.
- **La Información concreta:** Brindar información sobre sus últimos días de vida y los trámites necesarios utilizando un lenguaje claro, sin ambigüedades; considerar todos los motivos de duda y preocupación que pueden surgir como miedo a las responsabilidades abandonadas, temor a no darse cuenta de que la muerte es inminente, sentimientos de culpa.
- **Los Asuntos pendientes:** Según Kübler-Ross, lo que más angustia al paciente agónico son sus asuntos pendientes, aquellas relaciones interpersonales no resueltas satisfactoriamente; la reconciliación con un pasado no aceptado que ahora a las puertas de su muerte no les deja en paz. La muerte ya no acepta más aplazamientos para afrontar los problemas realmente importantes que quizás hace años se esquivan, de esta manera el enfermero influye mucho ya que sirve de vínculo entre paciente y familia.
- **La Escucha:** Los pacientes en etapa de agonía tienen la necesidad de comunicar sus dudas y miedos que pueden interferir con el curso de la vida hacia la muerte, entre los temores más frecuentes se encuentran: Temor a lo desconocido por no saber si el dolor físico y al sufrimiento cesen, a ser solo una molestia para su familia, a inspirar compasión, a perder el control de sí mismo, a perder autonomía en la toma de decisiones, a dejar a su familia y amigos, a la soledad por el abandono de los demás, a la pérdida de identidad propia, a morir privados de su dignidad.
- **La Comunicación:** La disminución del nivel de conciencia en estos pacientes no implica interrupción en la comunicación verbal y no verbal (visual, táctil, auditiva), aunque no exista evidencia científica de que estos pacientes reciben estímulos sensitivos, se debe tener en cuenta tratar al

paciente con la misma actitud de respeto de siempre, asegurar la intimidad del paciente y su familia, mantener una adecuada comunicación, utilizar frases cortas y sencillas, entrar de forma periódica en la habitación para valorar las necesidades del paciente y evitar sensación de prisa.

3.5.3 Necesidades espirituales:

La espiritualidad es una característica intrínseca del ser humano que hace referencia a la búsqueda personal del propósito final de la vida. Por tal motivo se vuelve indispensable distinguir entre espiritualidad y religiosidad; la búsqueda de sentido puede ser a través de la religión o de otras vías, como el arte, la música, la solidaridad, la naturaleza. Por lo tanto las necesidades espirituales se definen como las carencias y recursos poco desarrollados para lograr la paz interior, aceptar morir dando sentido a la vida, reconciliándose consigo mismo, con los demás y con sus ideales. Entre estas encontramos las siguientes:¹³

- **Creencias/Religión:** Facilitar, si existe la demanda, el acceso al apoyo espiritual según creencias religiosas o facilitar el acceso del paciente a ritos, visitas de religiosos, etc. si así lo desea.
- **Reconocimiento como persona:** “Se pone a prueba la integridad del yo, que no se conoce ya en el espejo y busca en la mirada del otro ser reconocido” (Barbero). Es decir, el paciente pierde la identidad de lo que era y necesita que los demás le sigan considerando como antes de la enfermedad. Habitualmente se priva el paciente de sus roles, compromisos y responsabilidades sociales. El paciente necesita ser mirado con estima y sin condiciones, brindándole garantía de soporte, como contrato de no abandono. En este contexto el paciente puede verse reducido a la enfermedad, identificado con su tumor o número de habitación, promoviendo desgraciadamente la sensación de aislamiento, soledad, pérdida de control e inutilidad. Debido a estos motivos, es más importante que nunca que el enfermo se sienta nombrado y tratado como una persona con toda su valía integral.
- **Encontrar sentido a la existencia y el devenir:** La proximidad de la muerte se presenta como la última crisis existencial del hombre. La conciencia de la propia mortalidad despierta la necesidad de encontrar significado y propósito a su existencia, coloca a la persona frente a lo

¹³ Instituto de la Familia Guatemala: CUIDADOS EN EL PROCESO AGÓNICO, En Revista Internacional de Psicología ISSN 1818-1023. Vol.7 No.2. Julio 2006 (En línea) (consultado: 31 de agosto del 2014-09-04) disponible en: www.revistapsicologia.org

esencial. En este contexto, la necesidad de encontrar sentido a la vida, a su existencia y devenir, lo que ha sido su vida, lo que es y será, emergerá con más fuerza que nunca. El cuestionamiento del sentido de la vida es una búsqueda a veces dolorosa, muchas veces se define como un renacer en vida.

- **Liberarse de la culpabilidad y de perdonarse:** En ocasiones, el enfermo analiza su vida pasada y esto le genera muchas culpabilidades que no debemos dramatizar ni tampoco trivializar. En esa relectura de la vida o revisión vital a la que antes nos referíamos, sucede en ocasiones la emergencia de culpabilidad, que si no es bien elaborada, puede ser generadora de un gran malestar psicológico y dificultar una muerte en paz.
- **La reconciliación y sentirse perdonado:** cada ser humano lleva consigo gestos de odio, de ruptura, de repliegue sobre sí mismo. La enfermedad es a veces el momento en que estos gestos brotan de forma viva en la memoria. Apunta que todos hemos tenido alguna vez la sensación de haber hecho daño a alguien por lo cual es importante brindar un espacio para la reconciliación.

3.5.4 Necesidades psicológicas y psíquicas:

Existe la aparición de reacciones hipo activas con resignación o silencio o también pueden ser hiperactivas como crisis de ansiedad, ideas delirantes, desorientación, o angustia. De esta manera se coloca en práctica el cuidado enfermero de manera que se exploten los temores y deseos del paciente. De igual forma es importante permitir al paciente expresar su tristeza y ansiedad para tranquilizarlo con respecto a los síntomas, asegurándole que se le ofrecerán todos los medios posibles para aliviar su sufrimiento. Entre las principales alteraciones psicológicas y psíquicas encontramos:

- **Delirium:** La atención inicial al paciente con delirium debe incluir la identificación y el tratamiento de las causas desencadenantes. Se debe dar una adecuada información a los familiares y cuidadores para que no se sientan rechazados por el paciente.
- **Depresión:** Identificar y abordar la causa que potencia la depresión.

Sin embargo como ya se ha nombrado anteriormente, el paciente terminal en sus últimos días también experimenta la fase agónica donde se exigen unos cuidados enfermeros intensivos que sean capaces de aportar cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales, teniendo como prioridad brindar confort y bienestar¹⁴. Por lo tanto los profesionales deben poseer los conocimientos y habilidades necesarias para apoyar al paciente.

Desde el punto de vista ético es necesario adecuar las intervenciones a la última fase, donde se encuentran la importancia de priorizar objetivos como evitar intervenciones diagnósticas o terapéuticas inadecuadas, evitar medicaciones que no son imprescindibles, asegurar una vía de administración de fármacos preferentemente la vía subcutánea, cubrir de manera equitativa todas las necesidades.

En los últimos días de vida se deben tener en cuenta las necesidades biológicas controlando los principales síntomas como el dolor, somnolencia y confusión, estertores, disnea, náuseas, vómito, delirium-agitación, boca seca, ojo seco y fiebre, para las cuales se proponen los siguientes cuidados¹⁵:

Dolor: es importante proporcionar la vía subcutánea para la administración de opioides del tercer escalón como lo es la morfina y no suspender ya que puede producir disconfort, enseñar técnicas de relajación, aplicar calor, frío o masajes en la zona donde presenta el dolor

Disnea: proporcionar oxígeno, medidas al entorno como ventanas abiertas, aire fresco; proporcionar tranquilidad; aflojar la ropa, cinturones; elevar el cabecera de la cama (30-40 °), evitar que la familia forme un círculo cerrado sobre el enfermo.

Estertores: no producen dificultad para el paciente. Si dificultan la respiración realizar aspiraciones.

Delirium-agitación: se presenta en el 80% de los pacientes agónicos, es un signo de mal pronóstico. El delirium terminal se produce por mal funcionamiento cerebral y no indica necesariamente malestar o sufrimiento, debe realizarse la búsqueda de las causas que están produciéndolo como el dolor, proporcionar entorno tranquilo, con pocos acompañantes, tono de voz suave, luz tenue y constante

Náuseas y vómito. Para evitar bronco aspiración colocar al paciente en decúbito lateral derecho, administrar antieméticos según prescripción médica, en caso de

¹⁴ ALONZO, Alberto, VILCHES, Yolanda. op. cit, p.7

¹⁵ ALONZO Alberto, VILCHES Yolanda, op. cit, p.7

que el vómito sea de origen central evitar la movilización brusca e innecesaria del paciente, si el vómito es fecaloide, favorecer la eliminación de olores mediante colocación de ambientadores o similares.

Insomnio: Es importante las medidas de apoyo psicológico al enfermo y tratar de solucionar lo que lo está desencadenando para esto se realiza una valoración individual.

Ojo seco: Es frecuente la aparición de secreciones y la apertura continuada del ojo, lo que favorece la sequedad de la córnea, así que es muy importante mantener los ojos limpios e hidratados con suero fisiológico y gasas humedecidas con agua de manzanilla, utilizar lágrimas naturales y si el paciente es portador de lentes de contacto deben retirarse.

Fiebre: Este es muy frecuente y se produce por destrucción de las células del organismo, mantener la temperatura ambiental fresca; colocar ropa fresca; colocar sábanas y almohadas frescas;

Boca seca: Realizar limpieza con cepillo suave, enjuagar la boca antes y después de las comidas, aplicar cubitos de hielo de zumo de frutas, proporcionar pequeñas cantidades de jugos, hidratar los labios con crema de cacao.

Dentro de las Necesidades espirituales encontramos como las principales el conflicto con las creencias y valores del individuo, reconciliación. Para las que se proponen los siguientes cuidados; Es necesario tener en cuenta los deseos expresados por el paciente; proporcionar la confianza al paciente para que exprese los conflictos; facilitar la asistencia espiritual; servir de mediador para facilitar un entorno donde se puedan resolver temas pendientes del paciente agónico.

De igual forma es importante valorar las necesidades sociales en los últimos días u horas de vida donde se destaca como necesidad primordial la comunicación o escucha, esta necesidad se ha convertido en un principio donde se mejora la confianza del paciente y de esta manera suprimir el miedo; se debe tener en cuenta según Kübler-Ross que la comunicación no solo implica expresión verbal ya que encontramos comunicación táctil, visual y auditiva; para suplir esta necesidad se propone los siguientes cuidados enfermeros: como reservar tiempo y espacio para estar con el paciente; realizar escucha activa; favorecer la resolución

de falta de comunicación con familiares y promover pausas de conversación cortas¹⁶.

3.6 Necesidades de la familia del paciente agónico y cuidados

En la agonía la atención a los familiares debe ser una actividad central de la asistencia, según el artículo Atención en la agonía realizado en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario La Paz, Madrid, es importante que la familia forme parte de los objetivos del tratamiento, ya que el papel que juega la familia como cuidador del enfermo y la influencia sobre el bienestar del paciente es crucial. La enfermedad y agonía de un familiar suponen un cambio de sus hábitos y necesidad de adaptarse a la nueva situación, en esta última fase de la enfermedad, la necesidad de cuidados de los familiares aumenta considerablemente, y el primer paso para poder apoyarlos debe ser reconocer e identificar sus problemas.

Alberto Alonso Et al, identificaron que los principales problemas de la familia eran: Cansancio físico, gran estrés psicoemocional que conduce en muchas ocasiones a reacciones emocionales “intempestivas” y a peticiones al equipo poco realistas, aumento de la demanda de soporte y asistencia, ansiedad sobre la forma de tratar al paciente, acumulación de las tareas pendientes que resultan difíciles de afrontar: como la solución de conflictos familiares, aspectos legales y financieros, despedida a su ser querido, apoyo religioso y además de esto la aparición de muchas preocupaciones relativas a la presencia de los niños y ancianos en la familia, sentimientos de inutilidad y desesperanza, finalmente la aparición de sensaciones de culpa por no haber hecho lo suficiente.

De igual manera autores como Tizón Bouza Et al, identificaron en su estudio sobre La Hospitalización Durante los Últimos días, que la familia presentaba en esta etapa un gran impacto emocional por la cercanía de la pérdida, aumentaba la demanda de atención y una alta necesidad de información sobre el proceso final y el paso de la vida a la muerte, además de esto podría darse una claudicación familiar que es la incapacidad de afrontar y soportar las demandas emocionales y físicas que requieren los enfermos, dejándolo todo en manos del personal sanitario.

¹⁶ALONZO Alberto, VILCHES Yolanda, op. cit, p.7

El riesgo de claudicación familiar está relacionado con la presencia de soledad, ansiedad, sentimientos de pérdida, cansancio, estrés, unidad familiar reducida, aparición de problemas y síntomas mal controlados. Por todo esto el objetivo debe ser que la familia reciba el soporte necesario para evitar la claudicación y los problemas derivados de ello.

Algunos autores han estudiado, los factores relacionados con una “buena calidad de muerte”. Curtis et al, estudiaron estos factores mediante el cuestionario de Quality of Dying and Death. Los familiares ponderaban los diferentes indicadores y los resultados se comparaban con la apreciación de los mismos sobre la calidad de muerte del enfermo. Los autores encontraron que los factores que más se asociaban a mejor calidad de muerte era tener una mejor relación/comunicación con el equipo de salud, mayor disponibilidad de los miembros del equipo de atención, presencia de los familiares, menor carga sintomatológica, mejor control de la sintomatología, dejar las cosas en orden y una muerte en la localización elegida por el paciente.

Con estos resultado se concluye que la actitud del equipo asistencial con los familiares debe basarse en la escucha activa, tratando de responder a todas sus preocupaciones y comprendiendo sus reacciones emocionales, una disponibilidad continua ante las necesidades, dudas e inquietudes, fomentando los contactos frecuentes, y el refuerzo positivo de los cuidados que están realizando, transmitiéndoles tranquilidad, esto demuestra la importancia de las estrategias de comunicación con los familiares en los últimos días de vida del enfermo. El trabajo comparaba los efectos de una estrategia de comunicación sobre los familiares de niños ingresados en UCI en situación crítica, esta estrategia se enseñaba a los médicos pertenecientes al grupo intervención. Los familiares de los niños que finalmente fallecían pero habían sido atendidos por el grupo de médicos con mejores habilidades de comunicación presentaban mayor satisfacción con los cuidados, menores índices de ansiedad y depresión y menores síntomas relacionados con shock postraumático en los meses siguientes.

Con referencia a lo todo lo anterior las necesidades de la familia con paciente en etapa de agonía son: el descanso y confort, recibir información del proceso por parte del equipo de salud, disponibilidad y apoyo, privacidad e intimidad para el contacto físico y emocional, participar en los cuidados, ayudar al enfermo a dejar sus cosas en orden y despedirse.

Finalmente, respecto a las necesidades, el cuidado enfermero con los familiares debe ser: primero que todo explicar claramente la nueva situación del paciente, se

deben establecer objetivos y planes de cuidado consensuados entre el enfermo, familia y equipo, comentar cómo y cuándo se podría producir la muerte y tratar de anticipar la sintomatología que pueda tener el paciente de forma en que puedan paliar la despedida, ofrecer disponibilidad, prestar atención al cuidador principal destacando el valor de trabajo realizado, implicar a la familia en los cuidados de confort ya restando importancia a aspectos como la alimentación del paciente, recordar a la familia la importancia de la comunicación verbal como no verbal aun cuando el paciente este con un nivel muy bajo de conciencia, explicar el proceso de muerte con el fin de que la familia se vaya adaptando a los cambios que se van produciendo, informar sobre los trámites administrativos después de la muerte, procurando no implicar al cuidador principal o al más emocionalmente afectado, incrementar el número de visitas, permitir la expresión de sus emociones, facilitar las manifestaciones y ritos según sus creencias, cultura y religión, se debe reforzar y desculpabilizarles agradeciendo su colaboración en los cuidados y su disponibilidad en los momentos difíciles, dar información continua del proceso, los cambios de salud y control de los mismos siempre adelantándose en lo posible a la aparición de nuevos problemas y síntomas, aconsejar al cuidador principal dedicar tiempo para ocio, facilitar la comunicación entre todos los miembros de la unidad familiar, proporcionar un ambiente adecuado y favorecer la intimidad, aconsejar implicación del entorno afectivo y social para el reparto de tareas y que esto no solo caiga en un familiar, se debe enseñar a identificar los signos de comienzo de situación agónica, es también importante fomentar una actitud activa en todo el equipo de salud, además responder a los miedos y preocupaciones.

Por otro lado se ha comprobado que la musicoterapia forma parte de una de las terapias complementarias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) a los enfermeros como una de las estrategias para alcanzar el objetivo de "Salud para todos" en el año 2000.

Esta terapia permite una visión holística del paciente y está teniendo gran aceptación por su bajo coste, flexibilidad y variedad de aplicaciones.

La musicoterapia hace uso de sonidos, trozos musicales y estructuras rítmicas para conseguir diferentes efectos terapéuticos directos e indirectos a nivel fisiológico, social, psicológico e intelectual.

Beneficios fisiológicos: Acelera o retarda las principales funciones orgánicas: ritmo cerebral, circulación, respiración, digestión, metabolismo; actúa sobre el sistema nervioso central y periférico; su acción se traduce en sedante, excitante, enervante.

Beneficios sociales: Da la oportunidad de que personas con dificultades tengan experiencias sociales placenteras, positivas y gratificantes; disminuye la sensación de aislamiento; facilita la expresión emocional a través de la comunicación no verbal y en personas con dificultades comunicativas; ayuda a establecer, mantener y fortalecer la relación profesional/paciente; ayuda a la comunicación con la familia.

Beneficios psicológicos: Estimula los sentidos, evoca sentimientos y emociones así como facilita respuestas psicológicas y mentales; energiza el cuerpo y la mente; alivia los temores y las ansiedades; ofrece al paciente aliviar el sufrimiento, facilitar la aceptación de la muerte y mejorar la calidad de vida; promueve la relajación psicofísica, disminuyendo la percepción de dolor, y facilitando el contacto con los aspectos espirituales (experiencias sociales, placenteras, positivas y gratificantes).

Beneficios intelectuales: Desarrolla la capacidad de atención. Estimula la imaginación y la capacidad creadora; desarrolla la expresión musical, la memoria; inicia a quien la práctica a la meditación o reflexión; mejora la memoria reciente y estimula la memoria a largo plazo.

La práctica musicoterapéutica se implementa en niños, adolescentes, adultos y en tercera edad. Se desarrolla en tres áreas: la prevención, la asistencia terapéutica y la rehabilitación, trabajando en forma independiente así como también integrando equipos interdisciplinarios.

Toda sesión de musicoterapia está constituida por distintas fases:

- a) Caldeamiento. Es la etapa en la que el paciente se ubica en el contexto.
- b) Desarrollo de la sesión. En esta etapa se lleva a cabo las actividades organizadas por el terapeuta.
- c) Puesta en palabra con el paciente de lo ocurrido en la sesión. Es la etapa centrada básicamente en la relación de ayuda y la más importante.

El uso de la música facilita la relación de ayuda entre las enfermeras y el paciente o familia al final de las sesiones. Además permite mejorar diferentes aspectos en el paciente oncológico como:

Aspectos biológicos

Dolor: La música fomenta la liberación de endorfinas que son neurotransmisores que permiten enmascarar el dolor. Esto se potencia cuando se realizan métodos

de musicoterapia como activa, pasiva, mixta y receptiva. Ejercicios de visualización (imaginación guiada), donde el paciente con ayuda de la música se concentra en una imagen que le evoca sensaciones placenteras. Es un recurso inestimable para disminuir el sufrimiento en el cáncer avanzado.

Síntomas digestivos: La musicoterapia se ha usado con cierto éxito en pacientes que han desarrollado náuseas y vómitos. La aplicación de música para las náuseas y vómitos es la musicoterapia receptiva en el que se utilizan sonidos dotados de notas graves a bajo volumen que resultan agradables al oído como música de movimientos de olas, el contrabajo, el oboe y el violonchelo.

En el estreñimiento es idóneo trabajar también con música de tipo receptiva, es decir, con musicoterapia vibroacústica a través de cuencos tibetanos sonoros, en el que se trabaja la parte rítmica del movimiento peristáltico del intestino grueso (Zain, 2008) si las condiciones físicas del paciente lo permiten. Sin embargo, en la diarrea es preferible que el paciente escuche música pasivamente a través de notas musicales clásicas como Renacimiento del arpa (Stivell), Concierto de oboe (Vivaldi), Claro de luna (Debussy) y Adagio (Albinoni).

Síntomas inmunológicos: Un estudio ha demostrado, que tras cantar, había aumentado considerablemente las concentraciones de sangre de inmunoglobulina A e inmunoglobulina G.

Otra ventaja de la música es la aceleración de producción de células sanguíneas. Otro estudio científico realizado reveló que escuchar 15 minutos de música, incrementaba los niveles de Interleuquina 1 en la sangre de 12,5 a 14 %, dicha sustancia es una citoquina fundamental para el sistema inmune ya que participa muy activamente en las funciones de defensa del organismo.

Se concluye que cantar refuerza el sistema inmunológico y consecuentemente, palía los efectos de la enfermedad oncológica mejorando el estado de ánimo y los niveles de cortisol (responsable de la hormona del estrés).

Aspectos psicosociales

Síntomas neuropsicológicos: Maté et al (2004) hacen mención los tres síntomas neuropsicológicos más frecuentes en el paciente con cáncer: insomnio, ansiedad y depresión. Estudios científicos demuestran que la música eleva los niveles de melatonina que es una hormona que está ligada al sueño. Escuchar música clásica interpretada por un piano, por ejemplo, genera una respuesta a las propias

ondas cerebrales y con ello, se mejora la calidad del sueño según investigaciones de la Universidad de Toronto.

Según otro estudio, para dormirse más rápidamente, y hacerlo por períodos más largos o regresar al sueño con mayor agilidad después de una interrupción nocturna, los temas musicales deben ser suaves, melódicos y lentos. Para la investigación se utilizó “Música del agua”, de Haendel, “Canon en Re”, de Pachelbel y “Las cuatro estaciones”, de Vivaldi. Se aconseja que se elimine todo movimiento e intente respirar profundamente al mismo tiempo.

La terapia musical ayuda a reducir la ansiedad, a enfrentarse a los problemas físicos y a aliviar las emociones que causa el cáncer; se recomienda escuchar música en vivo o grabada y tocar algún instrumento como la guitarra, el piano o simplemente sacudir una pandereta.

Siguiendo otras consideraciones, la música más adecuada para evadir la depresión serían temas alegres, enérgicos y rítmicos. Pero no se excluye a la música clásica, ya que piezas como “Concierto para piano nº 5” de Rachmaninov, “Sinfonía nº 8”, de Dvorak o “Concierto para violín”, de Beethoven también serían buenas alternativas.

Comunicación y expresión de emociones: La música como agente relajante y por su función comunicativa proporciona al paciente oncológico la capacidad de expresar sus emociones y sus preocupaciones facilitando así su expresión de inquietudes, sentimientos espirituales, dudas, angustia, miedo e interrogantes sobre el sentido existencial. La experiencia activa y pasiva de la música, ayuda, directamente, al bienestar del paciente y del cuidador principal; indirectamente, tiene efecto relajante y diverge la atención de los estímulos que provocan el estrés.

La terapia musical está indicada para todo paciente oncológico (desde la patología más moderada hasta la más grave, e incluso en fase agónica) siempre teniendo en cuenta su gravedad, su pronóstico y estado general. Es una terapia segura y carente de efectos secundarios.

Se concluyen que las aplicaciones de la musicoterapia son eficaces para aumentar el compromiso mutuo en la pareja paciente-cuidador que reciben cuidados.¹⁷

¹⁷ YAÑEZ, Beatriz. “Musicoterapia en el paciente oncológico” {En línea} Noviembre 28 del 2014. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17454/1/Cultura_Cuidados_29_07.pdf

3.7 Aspectos Legales sobre Cuidados Paliativos

En Colombia, hay muy pocas leyes que reglamenten el cuidado paliativo dejando desprotegidos a cientos de personas enfrentándose a un sistema de salud, en el cual existen muchas trabas para conseguir algún tipo de cuidado médico, apenas desde el 19 de abril de 2010 la ley 1438 o ley Sandra Ceballos establece las acciones para la atención integral de pacientes con cáncer resaltando la importancia del cuidado paliativo en ellos, teniendo en cuenta aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales¹⁸.

En el artículo diez especifica que las entidades promotoras de salud, regímenes del excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a Programas de Cuidado Paliativos.

Por otro lado existe la ley 1733 también conocida como Ley Consuelo Devis Saavedra del 8 de septiembre de 2014, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. En el artículo uno, se menciona como objeto, mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como la de su familia mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establece el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología¹⁹.

En esta ley, se pretende regular los derechos de estos pacientes tales como; derecho al cuidado paliativo, a recibir una información completa y clara sobre su patología, a recibir una segunda opinión médica, a suscribir el documento de voluntad anticipada en caso de no estar de acuerdo con el tratamiento o todo lo referente a su organismo, a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo y por último los derechos que tienen los niños, adolescentes y de igual manera los familiares.

¹⁸ LEY 1384 DE 2010. Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

¹⁹ Ley 1733 del 08 de Septiembre de 2014 que regula los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles.

Además, estipula que se debe establecer estrategias de cooperación internacional, que permitan la capacitación del personal de salud para promover una óptima prestación de los servicios.

También existe la ley 911 de 2004 (octubre 5): principios y valores éticos, del acto de cuidado de enfermería. En la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. En el capítulo I artículo 9 en el que se establece que el deber del profesional de enfermería es respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad integridad genética, física, espiritual y psíquica.

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, cuantitativo y de corte transversal.

4.2 Población sujeto de estudio:

4.2.1 Universo:

Pacientes en etapa agónica y su familia, que se encontraban hospitalizados en los servicios de quirúrgicas, médico quirúrgicas y médicas del Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán. (Ver tabla N°1)

Para este estudio se trabajó con toda la población de pacientes agónicos, ya que se realizó una pesquisa de los pacientes fallecidos en las áreas de médicas, médico quirúrgicas y quirúrgicas del Hospital Universitario San José, obteniendo

Los siguientes resultados:

Tabla N°1. Distribución numérica de los pacientes fallecidos entre los meses de Enero a Agosto del año 2014 de las áreas de quirúrgicas, medico quirúrgicas y medicas de HUSJ.

Meses del año 2014	Pacientes fallecidos en el área de medicina interna	Pacientes fallecidos en el área de medico quirúrgicas	Pacientes fallecidos en quirúrgicas	Total por mes
Enero	3	2	1	6
Febrero	3	1	1	5
Marzo	0	2	1	3
Abril	4	1	0	5
Mayo	3	2	2	7
Junio	3	2	0	5
Julio	2	1	2	5
Agosto	6	0	4	10
Total por área de servicio	24	11	11	46

Fuente de información: Departamento de estadística HUSJ.

Al tener en cuenta el promedio de personas fallecidas por mes en estas áreas se decidió trabajar con diez pacientes ya que por cada mes el promedio en fallecer eran cinco y la recolección de información se hizo durante los meses de marzo y abril del año 2015. Y en el caso de los familiares fue uno por cada paciente. Sin embargo solo 5 pacientes fueron sujetos de investigación porque cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

También se tuvo en cuenta al equipo de enfermería, tanto a auxiliares como profesionales. La información fue recolectada del total de profesionales que estuvieron brindando cuidado en las tres áreas anteriormente mencionadas y los 30% de los auxiliares de estas mismas lo que correspondió a un total de 24 enfermeros (9 profesionales de enfermería y 15 auxiliares).

4.3 Criterios de inclusión y exclusión

4.3.1 Criterios de inclusión:

- Paciente mayor de 18 años de edad.
- Paciente con mínimo tres días de hospitalización.

- Paciente que tenga acompañamiento familiar durante su hospitalización.
- Paciente hospitalizado en las áreas de quirúrgicas, médicas y médico quirúrgicas.
- Paciente y familia que estén dispuestos a participar durante la investigación.
- El acompañante o familiar debe ser mayor de edad.

4.3.2 Criterios de exclusión:

- Paciente que fallezca durante la recolección de la información.
- Paciente que sea trasladado a otro servicio u otra institución hospitalaria durante la recolección de la información.
- Paciente que sea llevado a su casa durante a recolección de la información.

4.4 Descripción de las variables:

Para la recolección de la información se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

4.4.1 Variable independiente:

- Paciente agónico: Persona que se encuentra en un estado previo a su fallecimiento donde hay un agotamiento de su reserva fisiológica y posteriormente su muerte.
- Familia del paciente agónico: Núcleo compuesto por personas unidas por parentesco entre sí y con el paciente en estado agónico.

4.4.2 Variable dependiente:

- Aspectos biosociodemográficos: Características propias del ser humano en los aspectos biológicos, sociales y demográficos. Para este estudio se incluyeron edad, género, estado civil, escolaridad, rol familiar, procedencia, estrato sociodemográfico, enfermedad actual del paciente y estado de conciencia del paciente agónico.

- Necesidades del paciente agónico: Carencias que tiene el paciente agónico y que necesitan ser satisfechas para lograr confort y bienestar. Se incluyeron necesidades biológicas, necesidades psicológicas, necesidades sociales y necesidades espirituales.
- Necesidades de la familia del paciente agónico: Carencias de la familia del paciente agónico que necesitan ser satisfechas para lograr su bienestar y evitar posible problemas. Se incluyeron necesidades biológicas, necesidades psicológicas, necesidades sociales y necesidades espirituales.
- Cuidado enfermero al paciente agónico: Intervenciones realizadas por el personal de enfermería ya sea profesional o auxiliar con el fin de brindar bienestar al paciente que se encuentra en etapa agónica. Se incluyeron cuidados encaminados a las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.
- Cuidado enfermero a la familia del paciente agónico: Intervenciones realizadas por el personal de enfermería con el fin de satisfacer las necesidades de la familia del paciente agónico. Se incluyeron cuidados encaminados a las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

4.5 Instrumentos y técnicas de recolección de la información.

Para la recolección de la información se utilizaron como instrumentos: una Guía que fue diligenciada a través de la observación, sobre el paciente agónico; una Matriz que permitió recabar información de la historia clínica, se utilizaron dos instrumentos estructurados para apoyar las entrevistas a la familia del paciente agónico y al personal de enfermería tanto profesional como auxiliar que brindaba cuidado al paciente.

Los instrumentos fueron revisados por dos expertos en el área de investigación, docentes de la Universidad del Cauca.

Además, los instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto, que se llevó a cabo en el Hospital Universitario San José, donde se buscaron dos pacientes en estado de agonía para aplicar la guía de observación y recabar información de sus respectivas historias clínicas a través de la matriz, también se realizó una entrevista estructurada a un familiar de cada paciente y por último se hizo una

entrevista estructurada a dos profesionales de enfermería y cuatro auxiliares de enfermería.

4.6 Consideraciones éticas.

Las consideraciones éticas se realizaron de acuerdo a los principios establecidos en el informe de Belmont, y es clasificada según el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993, como una investigación sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos participantes en el estudio para lo cual se utilizó para la recolección de datos la entrevista y observación, donde se tuvo en cuenta lo establecido en el artículo 6 de la nombrada anteriormente, el estudio se desarrolló de acuerdo a los siguientes criterios:

En esta investigación se incluyó el criterio de autonomía ya que el paciente agónico y su familia tuvieron la libertad de elegir si deseaban participar en el estudio, para ello se realizó un consentimiento informado donde se presentó todo lo relacionado con el estudio, además de esto se permitió a los participante resolver sus inquietudes sobre si deseaba retirarse en cualquier momento del estudio sin que esto tuviera consecuencias.

De acuerdo al principio de justicia se tuvieron los siguientes beneficios: el incremento de conocimientos sobre las principales necesidades del paciente y familia en la etapa agónica que permitirá realizar mejores cuidados. Esto mejorará la calidad en la atención de los pacientes incluyendo su familia en los servicios de Hospital Universitario San José, lo cual no implico ningún riesgo para el sujeto de investigación.

Además de los anteriores principios de ética se tomó en cuenta la beneficencia y no maleficencia; ya que para la recolección de datos no se afectó negativamente a los participantes del estudio sino que con los resultados obtenidos en el estudio se realizó una lista con acciones de cuidado de enfermería para el beneficio de futuros pacientes y familiares acogiendo así el principio de beneficencia.

Por otro lado se tuvo en cuenta el principio de confidencialidad ya que se guardó reserva de la información obtenida durante la investigación y de los informantes, donde se asignó un código por cada participante que los identifico sin revelar su identidad. También se acogió el principio de veracidad puesto que la información recolectada no se alteró y se dio información correcta sobre el estudio y su propósito a las personas involucradas.

Esta investigación se llevó a cabo, después de la autorización del comité de ética de la Facultad Ciencias de la Salud y del comité de ética del Hospital Universitario San José; y la aprobación de los participantes mediante el diligenciamiento del consentimiento informado.

5 RESULTADOS

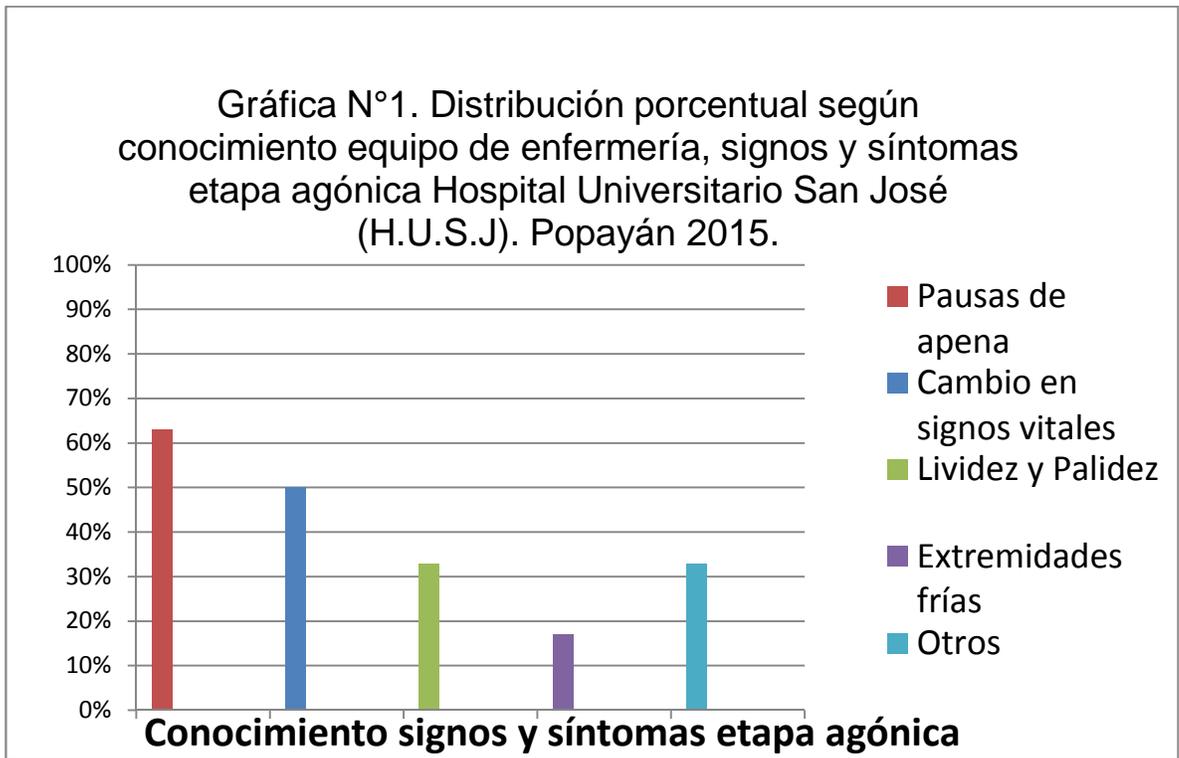
5.1 Conocimiento del Equipo de Enfermería sobre la Etapa Agónica.

Según la revisión bibliográfica realizada por el grupo de investigadores, se encontró como signos y síntomas de etapa agónica, los siguientes: nariz fría y blanca, extremidades frías, lividez y palidez, labio cianótico, somnolencia >15 hrs, estertores, pausas de apnea >15 seg, anuria <300 mml/día, deterioro progresivo del estado general, pérdida del tono muscular debilidad e incontinencia, cambios en signos vitales, dificultad en la comunicación, dificultad en la ingesta y síntomas psico-emocionales.

Sobre el conocimiento que tenía el equipo de enfermería acerca de los signos y síntomas mencionados anteriormente, el 96% afirmó que los conocían, y al solicitar que verbalizaran cuales son, mencionaron menos de la mitad del total de signos y síntomas existentes, entre los más conocidos se encontraron los siguientes: pausas de apnea >15 seg (63%), cambios en signos vitales (50%), lividez y/o palidez (33%) y extremidades frías (17%). Y en un bajo porcentaje se conocían: somnolencia >15 hrs (13%), y dificultad e incapacidad en la ingesta (8%). (Ver grafica N°1)

También se logró evidenciar que ninguno de los miembros del equipo de enfermería, reconoció como signos y síntomas de etapa agónica: nariz fría y blanca, labio cianótico, estertores, anuria <300ml/día, pérdida del tono muscular debilidad e incontinencia, y deterioro en la comunicación.

Además, se manifestaron algunos signos y síntomas que no corresponden a esta etapa (58%), tales como: abdomen globoso, paro cardiorrespiratorio, malestar general, nervios y ausencia de signos vitales. (Ver grafica 1).



FUENTE DE INFORMACION: NECESIDADES DEL PACIENTE AGÓNICO Y SU FAMILIA: CUIDADO ENFERMERÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN 2014-2015. (N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015)

5.2 Aspectos bisociodemográficos del paciente agónico

Los pacientes en su totalidad fueron mayores de 60 años, el 60% de sexo masculino y el 40% femenino, el 80% era de procedencia rural y el 20% urbana, el 60% casados, el 20% viudos y el mismo porcentaje solteros, el 80% pertenece al estrato uno y el 20% al cinco, en cuanto al nivel de estudios el 80% cursaba estudios primarios y el 20% universitarios, rol familiar que desempeñaban 20% padres y 80% además son abuelos, solo el 20% pertenecía a una etnia específica, todos eran católicos; en cuanto a su estado de conciencia el 60% presentaba somnolencia y el 40% estupor superficial. (Ver tabla N°2)

Tabla N° 2. **Distribución porcentual según aspectos biosociodemográficos del paciente agónico. Popayán HUSJ 2015.**

ASPECTO SOCIODEMOGRAFICO	PORCENTAJE	
Edad	60 a 64 años	20%
	Mayor a 65 años	80%
Genero	Femenino	40%
	Masculino	60%
Procedencia	Rural	80%
	Urbano	20%
Estado civil	Casado	60%
	Viudo	20%
	Soltero	20%
Estrato	1	80%
	5	20%
Nivel de estudios	Primario	80%
	Universitario	20%
Rol familiar	Padre	20%
	ABUELO (a)	80%
Pertenencia a un grupo étnico	Si	20%
	No	80%
Religión	Católica	100%
Estado de conciencia	Somnolencia	60%
	Estupor superficial	40%

FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

5.3 Necesidades del paciente agónico y cuidados de enfermería

5.3.1 Necesidades biológicas y cuidados de enfermería

Dolor: El total de los pacientes presentaban dolor, en el 20% de estos se observó el síntoma y en el 80% se encontró registrado en la historia clínica (H.C) y tenían formulado medicamentos para su manejo.

Disnea: Todos los pacientes presentaban disnea, de estos en el 80% se observó este signo, también en el 80% se encontró registrado en la H.C y tenía manejo de la siguiente forma: el 60% con oxígeno, el 20% en posición semi fowler, y 20% con medicamentos.

Estertores: En el 60% de los pacientes se observaron estertores, en el mismo porcentaje se encontraron registrado en la H.C y tenía manejo de la siguiente

manera: terapia respiratoria, higiene bronquial, y medicamentos en un 40% y aspiración en 20%.

Náuseas: En el 40% de los pacientes, las náuseas fueron registradas como un signo en la H.C y todos estaban en tratamiento anti hemético.

Vómito: En el 20% de los pacientes el vómito fue registrado como un signo en la H.C y estaba siendo manejado con medicamentos.

Trastornos del sueño: A la observación el 40% de los pacientes presentaba trastornos del sueño y en la H.C se encontró registro sobre este signo en un 60%.

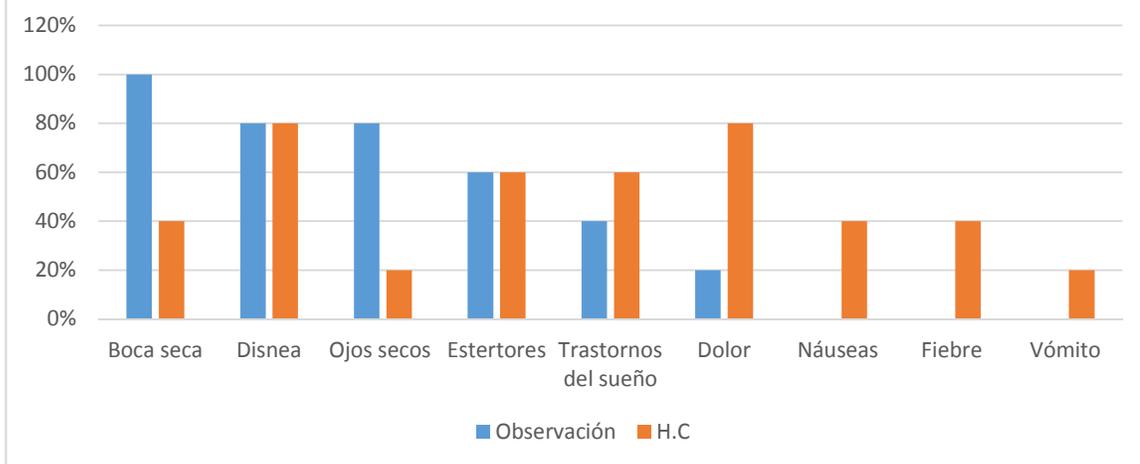
Ojos secos: En cuanto a los ojos secos, se observó en un 80% de los pacientes, sin embargo en la historia clínica el 20% de los pacientes tenían registrado este signo.

Boca seca: En el 100% de los pacientes se encontró boca seca, de estos solo el 40% tenían registros relacionados con el signo en la H.C

Fiebre: En la totalidad de los pacientes no se observó la presencia de fiebre, sin embargo en el 40% de ellos se encontró registrado en la H.C este signo, el cual estaba siendo manejado con medicamentos.

Los signos que más se observaron fueron boca seca (100%), disnea (80%), ojos secos (80%) y estertores (60%) y las que menos trastornos de sueño (40%) y dolor (20%). De acuerdo a la confrontación con la historia clínica el dolor (80%), disnea (80%), estertores (60%) y trastornos del sueño (60%) fueron los signos que estaban en mayor porcentaje en los registros clínicos, donde los tres primeros estaban siendo manejados, además náuseas (40%), fiebre (40%), boca seca (40%), ojos secos (20%) y vomito (20%) fueron los signos con menor porcentaje en dichos registros. (Ver grafica N°2)

Gráfica N° 2. Distribución porcentual necesidades biológicas, paciente agónico según observación y confrontación con historia clínica. HUSJ Popayán 2015.



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

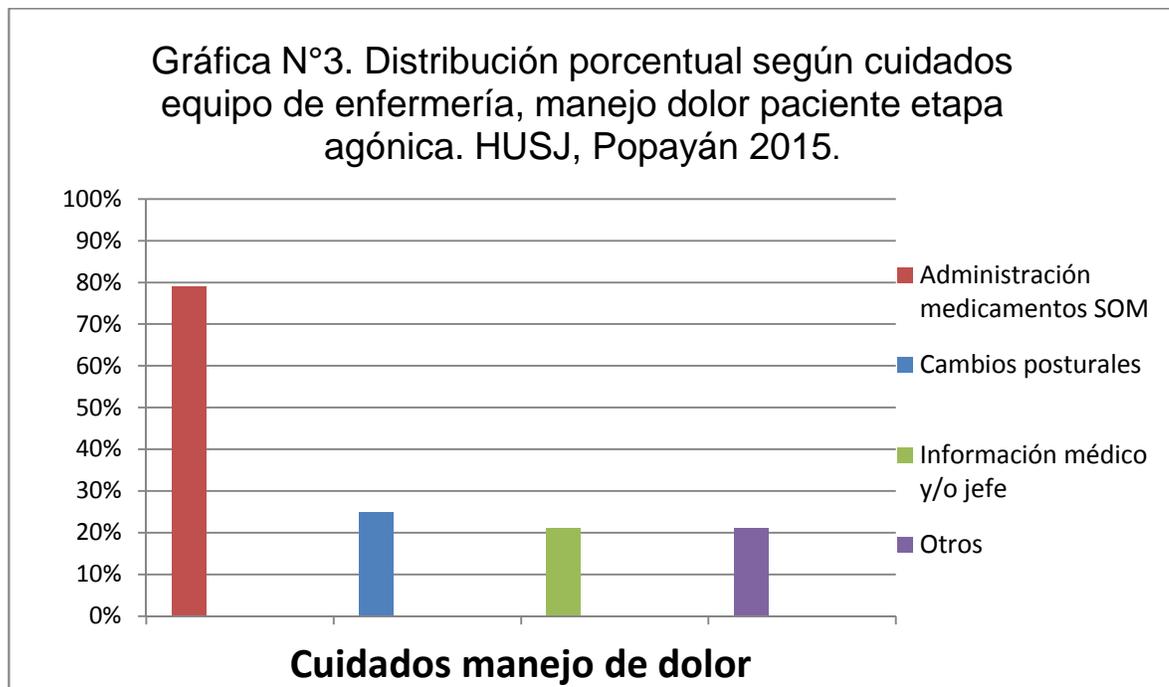
Cuidados de enfermería para el manejo del dolor.

Según la revisión bibliográfica realizada por el grupo de investigadores, se encontraron los siguientes cuidados para aliviar el dolor durante la etapa agónica: administración de medicamentos según orden médica, informar al médico o jefe, aplicar calor o frío, cambios posturales, ambiente confortable, técnicas de relajación, musicoterapia, hipnosis, masajes, y aromaterapia.

Sobre los cuidados para el dolor, el equipo de enfermería manifestó en su totalidad que los realizan, sin embargo, al solicitar que verbalizaran cuales conocían, mencionaron menos de la mitad de los cuidados anteriormente descritos, entre los más realizados se encontraron: administración de medicamentos según orden médica (79%), cambios posturales (25%); este es realizado solo por el personal auxiliar de enfermería; información al médico y/o jefe (21%), ambiente confortable (13%), y masajes (7%).

También se logró evidenciar, que no son conocidos por el equipo de enfermería los siguientes cuidados: técnicas de relajación, musicoterapia, hipnosis, y aromaterapia no son conocidos por el equipo de enfermería, por tanto no los realizaban.

Además, hubo algunos miembros del equipo de enfermería que mencionaron cuidados que no corresponden (33%), tales como: escucha activa, hablar con paciente y permitir ingreso de familia. (Ver grafica N°3)



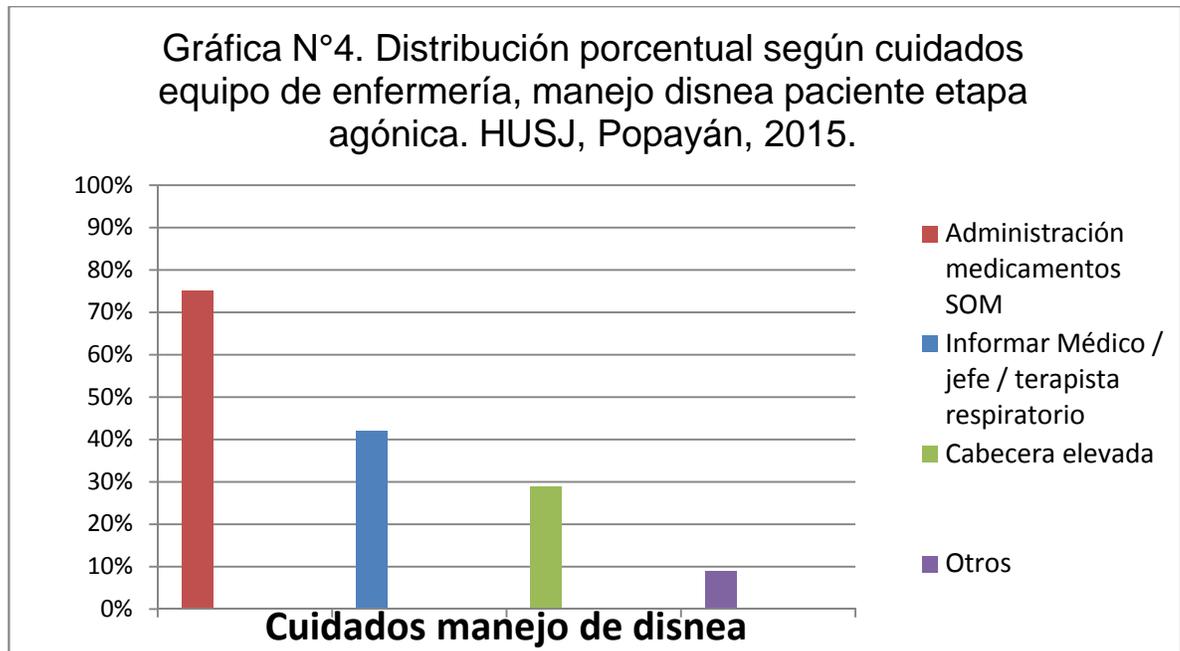
FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

Cuidados de equipo de enfermería para el manejo de la disnea.

Según revisiones bibliográficas realizadas por el grupo de investigadores, se encontraron los siguientes cuidados para el manejo de la disnea: administración de medicamentos según orden médica, información al médico/jefe del servicio/terapia respiratoria, proporcionar ambiente ventilado, ambiente confortable, ropa cómoda y adecuada, posición cómoda, cabecera elevada, acompañante permanente y educación al cuidador.

Sobre la realización de los cuidados para el manejo de la disnea, el 92% del equipo de enfermería afirmó que los realizaban, sin embargo, al solicitar que manifiesten cuales realizan, mencionaron solo la mitad cuidados descritos anteriormente, entre los más realizados, se encontraron: administración de medicamentos según orden médica (75%), información al médico/jefe del servicio y/o terapeuta respiratoria (42%); realizado mayormente por parte del personal técnico en enfermería, cabecera elevada (29%), y posición cómoda (9%). También se logró evidenciar que no son conocidos por el equipo de enfermería algunos cuidados para manejo de disnea, tales como: proporcionar ambiente ventilado,

ambiente confortable, ropa cómoda y adecuada, acompañante permanente y educación al cuidador. (Ver grafica N°4)



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

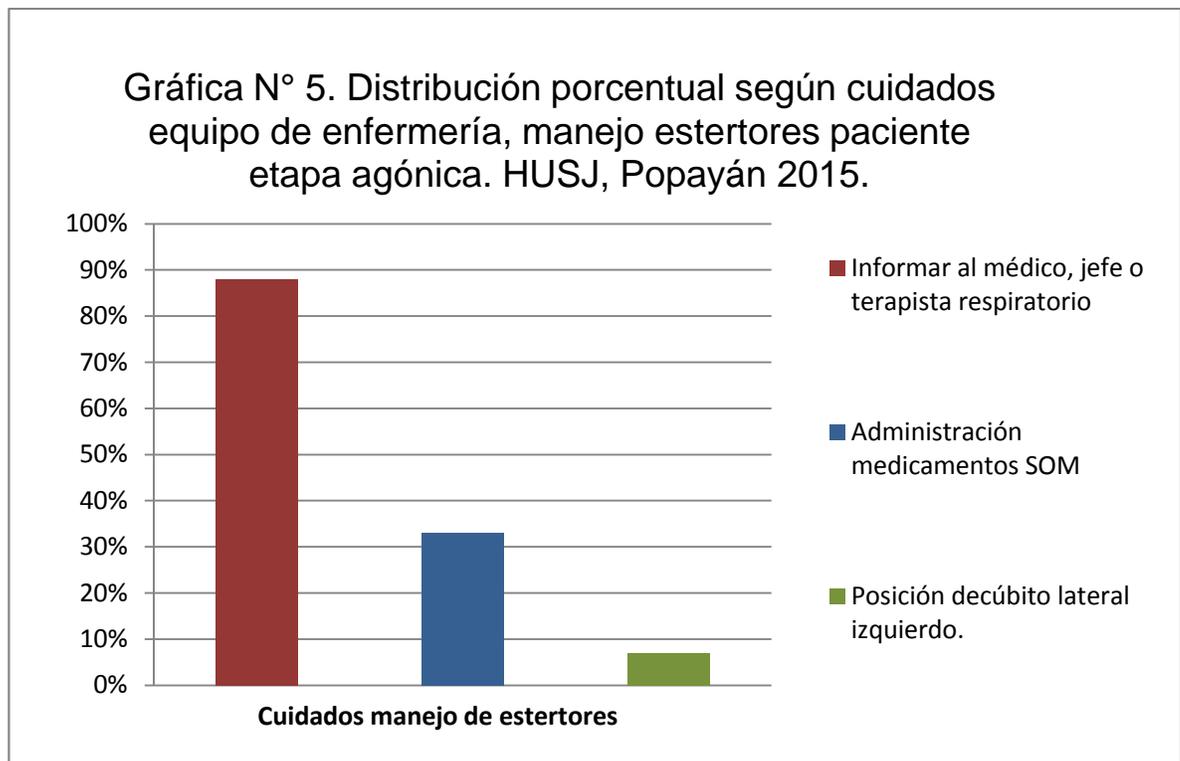
Cuidados de enfermería para el manejo de estertores

Según la revisión bibliográfica realizada por el grupo de investigadores, se encontraron los siguientes cuidados para el manejo de estertores durante la etapa agónica: administración de medicamentos SOM; informar al médico y/o jefe y/o terapeuta respiratorio; elevación de la cabecera; colocar en posición decúbito lateral izquierdo; realizar limpieza oral; evitar la aspiración de secreciones, y educación a la familia

Sobre los cuidados para el manejo de estertores, el 62% del equipo de enfermería afirmaron que realizan dichos cuidados, de este equipo los profesionales de enfermería son los que más lo hacen (53%) y los auxiliares en menos proporción (47%), sin embargo, al solicitar que verbalizaran cuales cuidados conocían, mencionaron menos de la mitad de los cuidados mencionados anteriormente, entre los más realizados se encontraron: Informar al médico y/o jefe y/o terapeuta respiratorio (87%); administración medicamentos SOM (33%), y en cuanto al cuidado cambiar la posición a decúbito lateral izquierdo es realizado únicamente por auxiliares de enfermería en un (7%). (Ver grafica N°5)

También se logró evidenciar, que no son conocidos por el equipo de enfermería los siguientes cuidados para el manejo de estertores en etapa agónica: elevación de la cabecera; limpieza oral; evitar aspiración de secreciones, y educación a la familia.

Además, En el momento que verbalizaron los cuidados un 13% incluyeron un cuidado que es apropiado para el manejo de estertores tal como: la aspiración de secreciones.



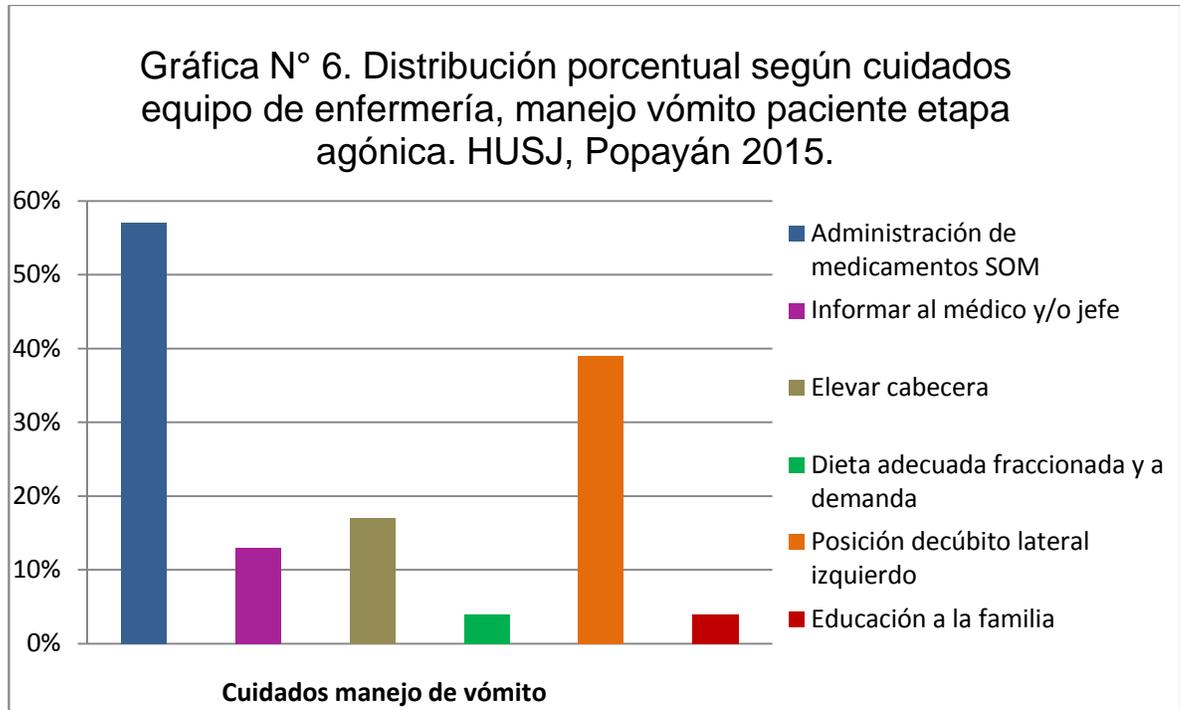
FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

Cuidados de enfermería para el manejo del vómito del paciente

Entre los cuidados identificados para manejo del vomito según la revisión bibliográfica realizada por el grupo de investigadores, se encontraron: Administración de medicamentos SOM; información al médico y/o jefe; brindar un ambiente confortable; elevar la cabecera; proporcionar una dieta adecuada fraccionada y a demanda; hidratación oral; limpieza oral; musicoterapia; colocar posición decúbito lateral izquierdo, y educación a la familia.

El 96% del equipo de enfermería manifestó que realizan cuidados para manejo del vómito, sin embargo, al solicitar que verbalizaran cuales conocían, solo

mencionaron 6 cuidados de los nombrados anteriormente, entre los más realizados se encontraron: administración de medicamentos SOM (57%), cambiar de posición a decúbito lateral izquierdo (39%), elevar la cabecera (17%), información al médico y/o jefe (13%) y en cuanto a los cuidados relacionados con: Educación a la familia, y proporcionar una dieta adecuada, fraccionada y a demanda solo son realizados por los auxiliares de enfermería (4%). (Ver grafica N°6)



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

También se logró evidenciar, que no son conocidos por el equipo de enfermería los siguientes cuidados para el manejo de estertores en etapa agónica: ambiente confortable; hidratación oral; limpieza oral; y musicoterapia.

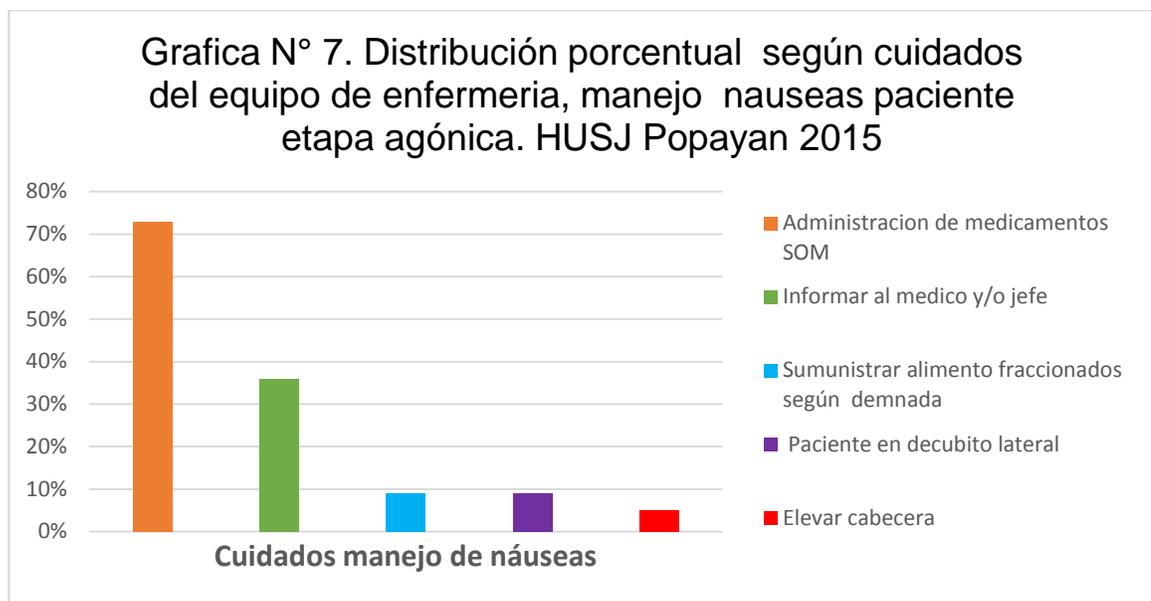
Además, En el momento que verbalizaron los cuidados un 17% incluyeron cuidados que no son apropiados para el manejo de estertores tales como: suspender alimentación y dar a oler alcohol.

Cuidados para el manejo de las náuseas.

Entre los cuidados para el manejo de las náuseas identificados por el equipo de investigación a partir de la revisión bibliográfica, son diez a saber: Administración de medicamentos según orden médica, información al médico o jefe según

corresponda, mantenimiento de un ambiente confortable, elevar la cabecera del paciente, brindar dieta adecuada, fraccionada y a demanda, proporcionar hidratación oral, realización de limpieza oral, instaurar musicoterapia, colocar al paciente en posición decúbito lateral izquierdo, y educación a la familia.

El 92% del equipo enfermería refirió realizar cuidados para el manejo de las náuseas, sin embargo al verbalizarlos solo mencionaron cinco cuidados de los diez enunciados, entre los referidos se encuentran administrar medicamentos según orden médica (73%), informar al médico y/o jefe según el caso (36%), suministrar una dieta adecuada según demanda y de manera fraccionada, colocar al paciente en posición decúbito lateral (9%) y elevar la cabecera del paciente (5%), sin embargo los dos últimos cuidados solo son realizados por los auxiliares de enfermería. Los cuidados que no se realizaron son mantener un ambiente confortable, realizar limpieza oral, ofrecer musicoterapia y educar a la familia. También informaron un cuidado para el manejo de las náuseas que no corresponde (23%), como hacer que huelga alcohol. (Ver grafica N°7)

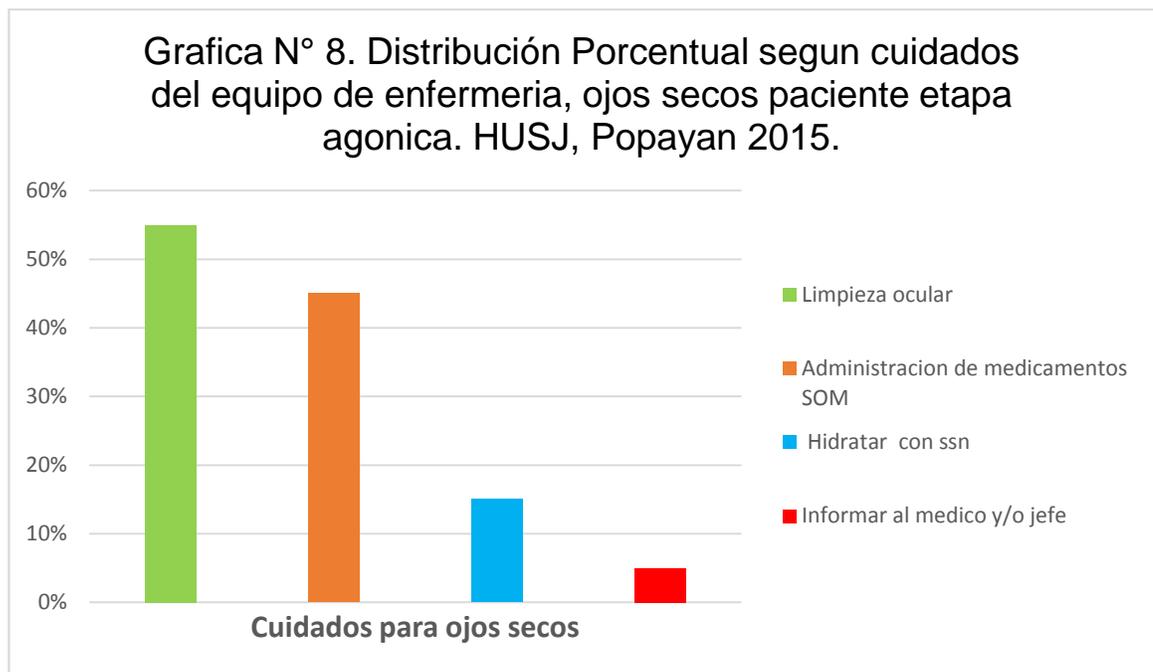


FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

Cuidados para los ojos secos.

Entre los cuidados para los ojos secos identificados por el equipo de investigación a partir de revisión bibliográfica son cinco a saber: Administración de medicamentos según orden médica, información al médico o jefe según corresponda, hidratación de los ojos con solución salina normal, realización de limpieza ocular y aplicación de vaselina en los ojos durante la noche.

El 83 % del equipo de enfermería refirió realizar cuidados para los ojos secos. Sin embargo solo fueron verbalizados tres de los cinco cuidados a saber, estos son realizar limpieza ocular (55%), administración medicamentos según orden médica (45%), hidratación de los ojos con solución salina (15%), información al médico y/o jefe (4%), cuidado que solo fue realizado por los auxiliares de enfermería; y el cuidado que no se realiza es aplicar vaselina en los ojos durante la noche. También fueron mencionados unos cuidados que no corresponden (25%) tales como cubrir los ojos con gasas, cerrar los ojos con micropore o esparadrapo y mantenerlos cerrados. (Ver grafica N°8)



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

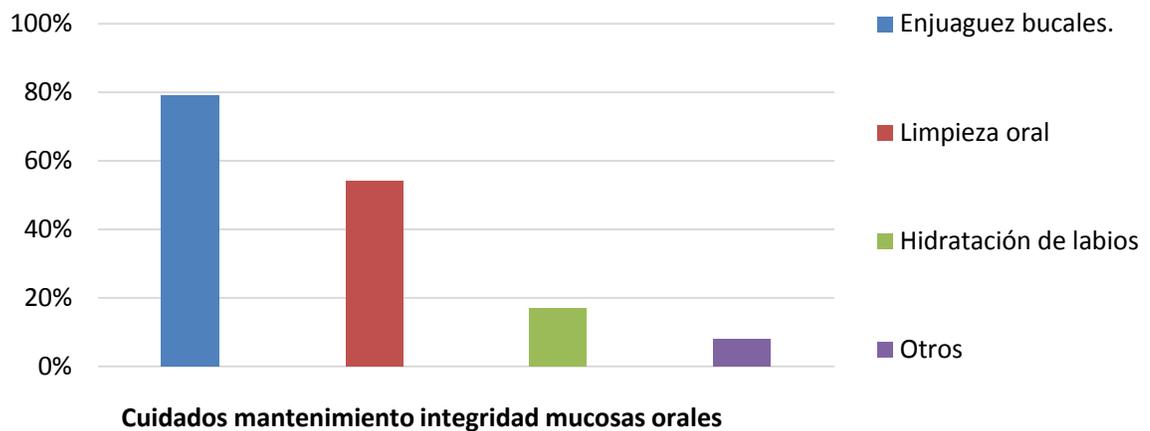
Cuidados para el mantenimiento de la integridad de las mucosas orales.

Según la revisión bibliográfica realizada por el equipo investigador se encontraron los siguientes cuidados para mantener la integridad de las mucosas orales en el paciente agónico: administración medicamentos SOM, informar al médico y/o jefe de servicio, limpieza oral, enjuagues bucales, estimular la salivación, hidratación de labios.

Todo el equipo de enfermería afirmó realizar cuidados para mantener integridad de las mucosas orales del paciente agónico. Se encontró que de los 6 cuidados identificados por el equipo investigador se realizan 5 entre los cuales están: enjuagues bucales (79%), limpieza de las mucosas orales (54%), hidratación de

labios (17%), administración de medicamentos según orden médica y estimular la salivación (4% para cada uno). Solo uno cuidados no es realizado por el equipo de enfermería que es informar al médico y/o jefe de servicio. (Ver grafica N°9)

Gráfica N° 9. Distribución porcentual según cuidados equipo de enfermería, mantenimiento integridad mucosas orales paciente etapa agónica. HUSJ, Popayán 2015.



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

5.3.2 Necesidades psicológicas y cuidado de enfermería

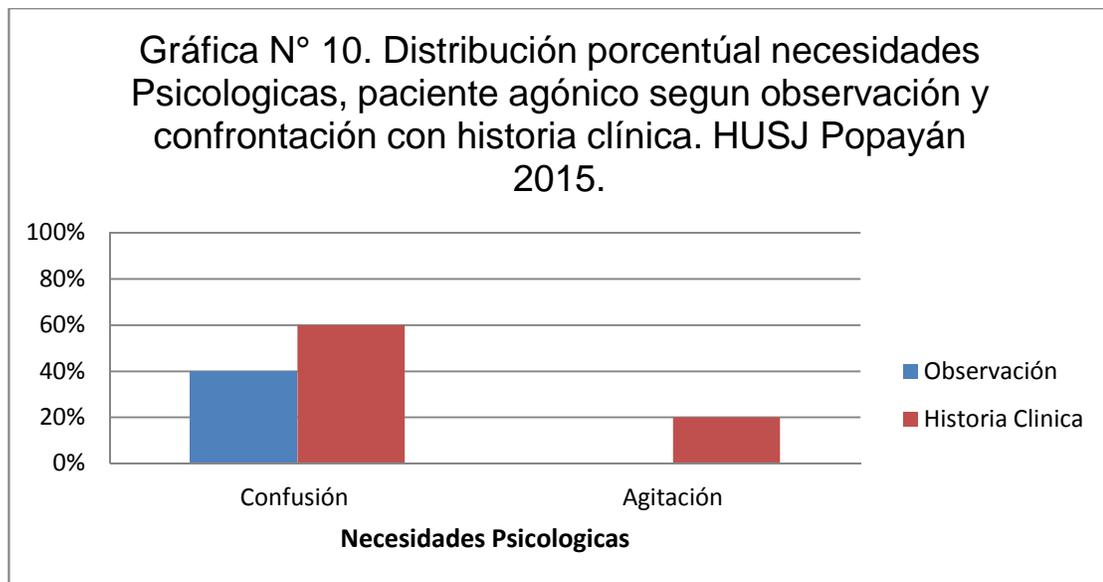
Delirium: En la totalidad de los pacientes agónicos no se observó que tuvieran delirium ni se encontraron registros sobre este signo en la historia clínica.

Confusión: En el 40% de los pacientes se observó este signo y al revisar la historia clínica se halló que en el 60% se encontraba consignado el signo. (Ver grafica N°10)

Ansiedad: En la totalidad de los pacientes agónicos no se observó el signo de ansiedad y en la historia clínica no se encontró ningún registro referente al tema.

Agitación: En la totalidad de los pacientes agónicos no se observó el signo de agitación y solo en el 20% de los pacientes se encontraba el signo registrado en la historia y estaba siendo manejado con medidas de sujeción y barandas elevadas.

Irritabilidad: En la totalidad de los pacientes no se observó el signo de irritabilidad y en la historia clínica no se encontró ningún registro referente al tema.



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

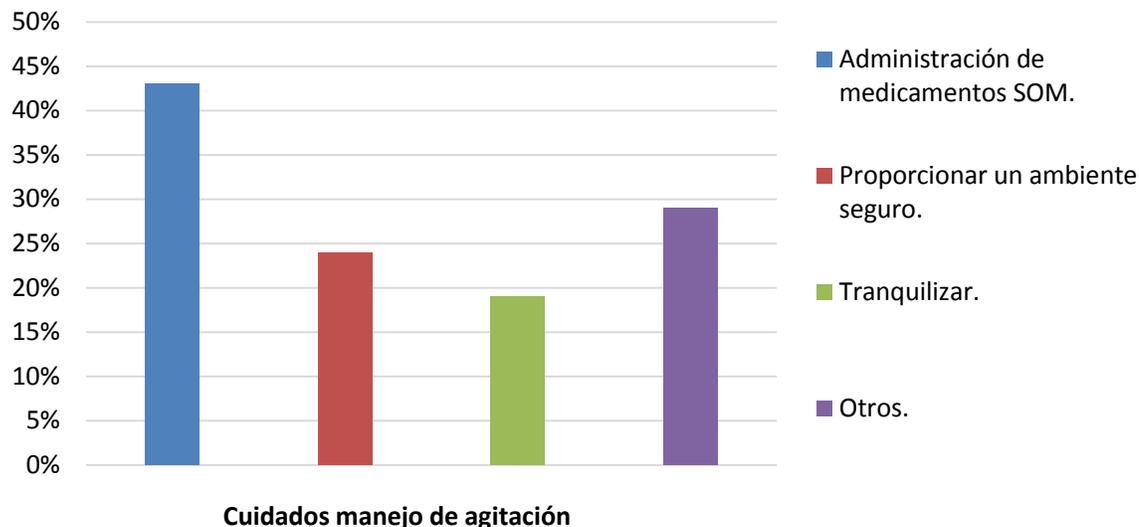
Cuidados de enfermería para el manejo de la agitación.

El equipo investigador encontró ocho cuidados para el manejo de la agitación, los cuales son: administración medicamentos según orden médica, informar al médico y/o jefe de servicio, explorar temores y deseos, permitir expresión del paciente, tranquilizar, ambiente seguro, fomentar participación familiar, y disminuir estímulos ambientales.

El 88% del equipo de enfermería afirmó realizar cuidados para el manejo de la agitación del paciente agónico. Cuando se le pidió al equipo de enfermería que verbalizaran los cuidados, los más realizados son: administración de medicamentos según orden médica (43%), proporcionar un ambiente seguro (24%), tranquilizar al paciente (19%), informar al médico y/o jefe del servicio (14%), fomentar la participación familiar (10%) por último permitir la expresión del paciente (5%). De los ocho cuidados identificados el personal de enfermería no realiza dos los cuales son: disminuir estímulos ambientales y explorar deseos y temores. Algunos miembros del equipo de enfermería informaron algunos cuidados que no corresponden (19%) al manejo de la agitación los cuales son: Subir a la cama, descobijarlos, tomar signos vitales. (Ver grafica N°11)

Además solo el personal auxiliar de enfermería en un 5% permitir al paciente su expresión.

Gráfica N°11. Distribución porcentual según cuidados equipo de enfermería, manejo agitación paciente etapa agónica. HUSJ, Popayán 2015.



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

Cuidados para el manejo de la desorientación.

Según la revisión bibliográfica realizada por el grupo de investigadores, se encontró como cuidados para el manejo de la desorientación, los siguientes: orientar al paciente en tiempo, lugar y persona (TLP), informar al médico y/o jefe, ambiente seguro, no discutir en conceptos errados, evitar frustrar al paciente.

El 71% del equipo de enfermería afirmó que realiza cuidados para el manejo de la desorientación y al solicitar que los verbalizaran, mencionaron 3 de los 5 cuidados. Entre los cuidados más realizados se encontraron, orientar al paciente en TLP (29%), ambiente seguro (24%), informar al médico o jefe (18%) y los cuidados que no se realizan son los de no discutir en conceptos errados y evitar frustrar al paciente. Algunos miembros del equipo de enfermería manifestaron que realizaban cuidados para la desorientación pero estos no corresponden a este manejo (65%), tales como sedación medicamentosa, hablarles con señas, manejo integral, y evaluar Glasgow. (Ver grafica N°12)

Grafica N° 12. Distribución porcentual según cuidados equipo de enfermería, manejo desorientación paciente etapa agónica. HUSJ, Popayán 2015.



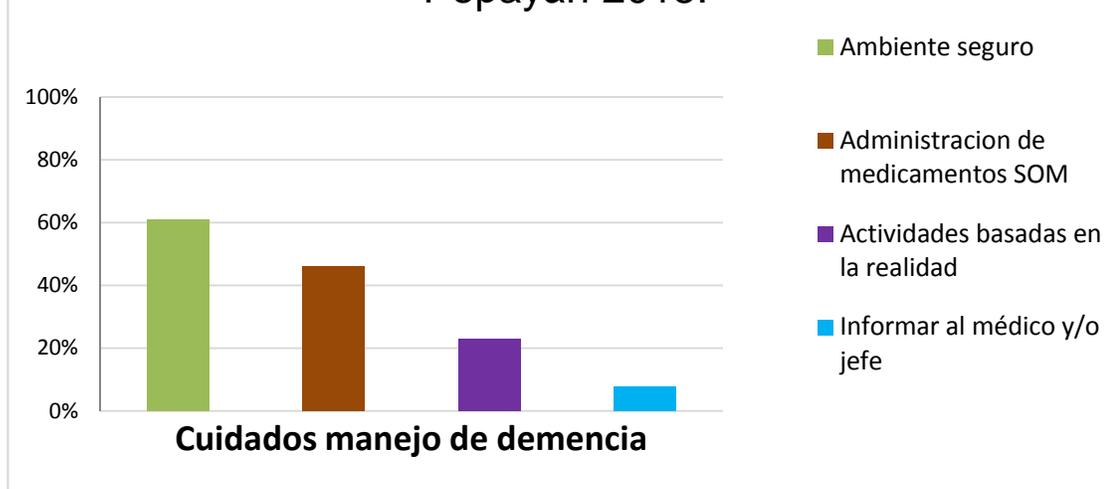
FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

Cuidados para el manejo de la demencia

Según la revisión bibliográfica realizada por el grupo de investigadores, se encontró como cuidados para el manejo de la demencia, los siguientes: Administración de medicamentos SOM, informar al médico y/o jefe, dirigirse al paciente por su nombre, involucrar al paciente en actividades basadas en la realidad, proporcionar estimulación ambiental, cambios de afirmaciones irracionales por racionales, y ambiente seguro.

El equipo de enfermería realiza cuidados para el manejo de la demencia en un (58%), de los 6 cuidados mencionaron 4. Entre los cuidados más realizados en este manejo se encontraron los siguientes: ambiente seguro (57%), administración de medicamentos SOM (43%), informar al médico y/o jefe (8%) y el cuidado de implicar al paciente en actividades basadas en la realidad es realizado solo por los auxiliares de enfermería en un 43%. Los cuidados que no son realizados son dirigirse al paciente por su nombre, proporcionar estimulación ambiental y cambio de afirmaciones irracionales por racionales. (Ver grafica N°13)

Gráfica N°13. Distribución porcentual según cuidados equipo de enfermería, manejo demencia paciente etapa agónica. HUSJ, Popayán 2015.

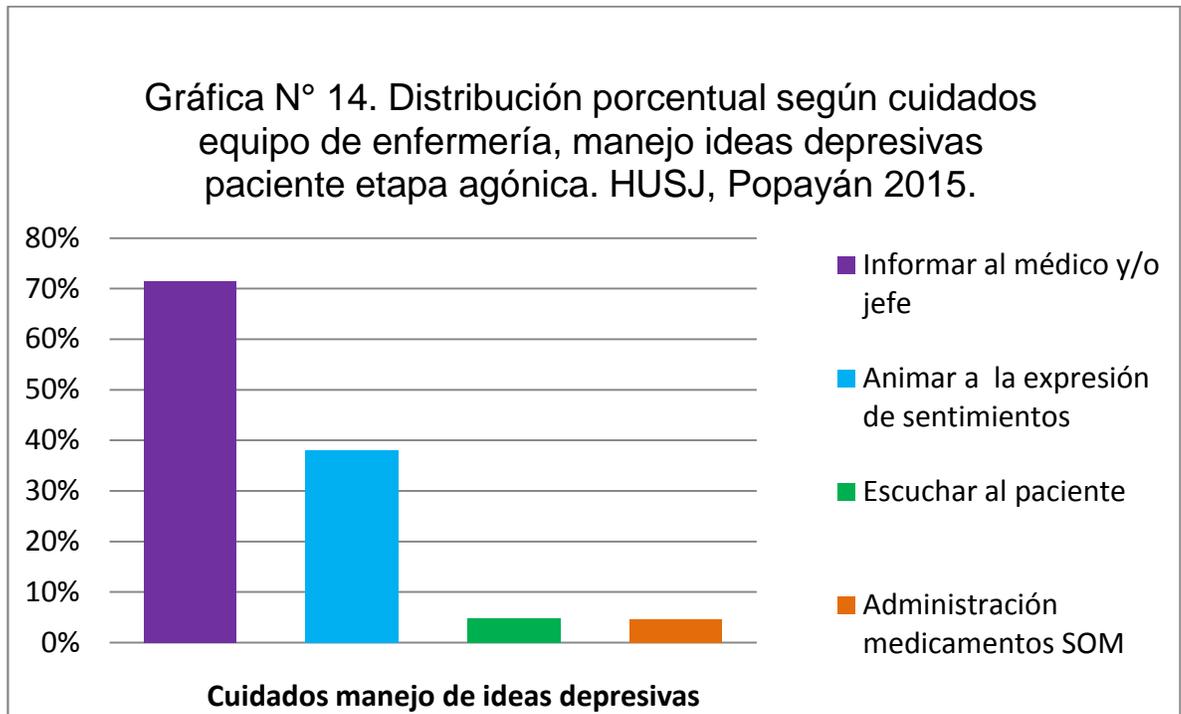


FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

Cuidados para el manejo de ideas depresivas

Entre los cuidados realizados por el equipo de enfermería para el manejo de las ideas depresivas identificados por el equipo investigador mediante revisión bibliográfica son 5 a saber: administración de medicamentos SOM, información al médico/jefe, animar a expresar los sentimientos, escuchar, y explorar lo que ha desencadenado las emociones. El 88% del equipo de enfermería afirmó que realizaba dichos cuidados, sin embargo al solicitar que los verbalizaran, se encontró que realizaban 3 de los 5 enunciados. Entre los referidos se encuentran: información al médico y/o jefe con un 71.4%, animar para expresión de sentimientos, y la escucha con unos porcentajes de 38.1%, y 4.8% respectivamente. También se evidenció que el equipo de enfermería no explora lo que desencadena las emociones.

Al diferenciar los cuidados realizados entre profesionales y auxiliares de enfermería se evidenció que la administración de medicamentos SOM solo es un cuidado realizado por los auxiliares con un equivalente al 15%. (Ver grafica N°13)



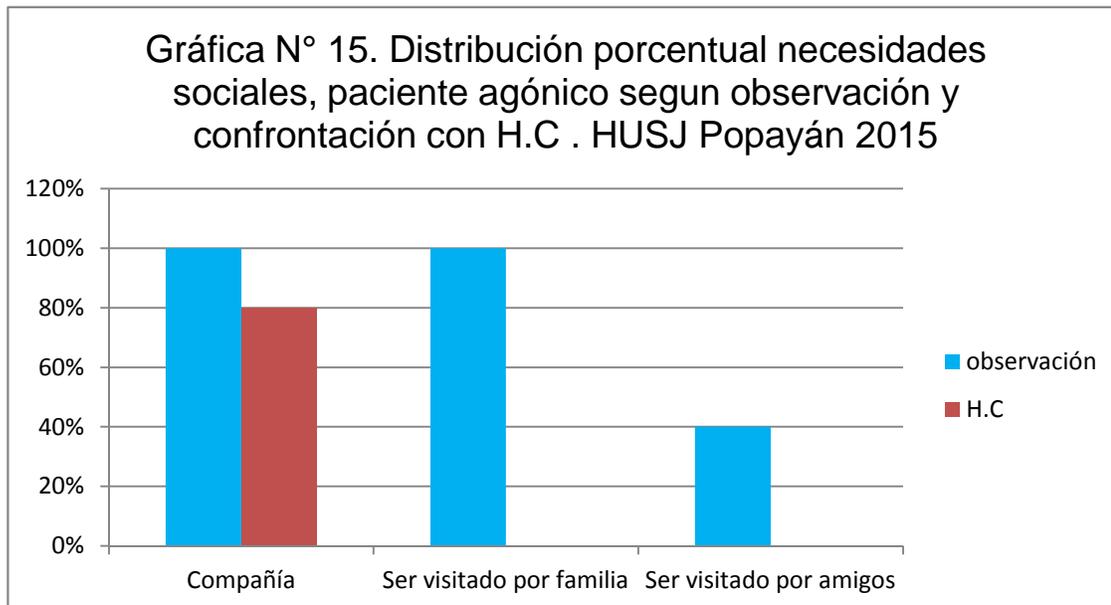
FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

5.3.3 Necesidades sociales y cuidados de enfermería.

Compañía: Al observar al paciente agónico, se evidencio que la totalidad de ellos estaban acompañados, y el 80% estaba registrado en la historia clínica de los cuales el 60% tenían recomendado tener acompañante permanente.

Escucha: Al observar al paciente agónico la totalidad de ellos no eran escuchados y al confrontarlo con la historia clínica no se encontró ningún dato referente a la escucha.

Visita: Al interrogar a la familia del paciente agónico sobre las visitas recibidas el 100% era visitado por toda su familia y el 40% por amigos además de su familia. (Ver grafica N°15)



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

Las necesidades que se observaron en su totalidad fueron: la compañía, y ser visitado por familia, sin embargo la visita por sus amigos se observó en un 40%. En cuanto a las necesidades reportadas en la H.C, la compañía estaba en un 80% donde se recomendaba acompañante permanente, también se encontró que la necesidad de escucha no se reportó en H.C ni tampoco se observó.

Cuidados de enfermería para el manejo de necesidades sociales

Sobre la disposición del tiempo necesario

El 79% del equipo de enfermería dispone del tiempo necesario para brindar cuidados al paciente agónico, sin embargo quienes disponen de menor tiempo son los auxiliares de enfermería.

Mantenimiento de la comunicación entre familia y paciente

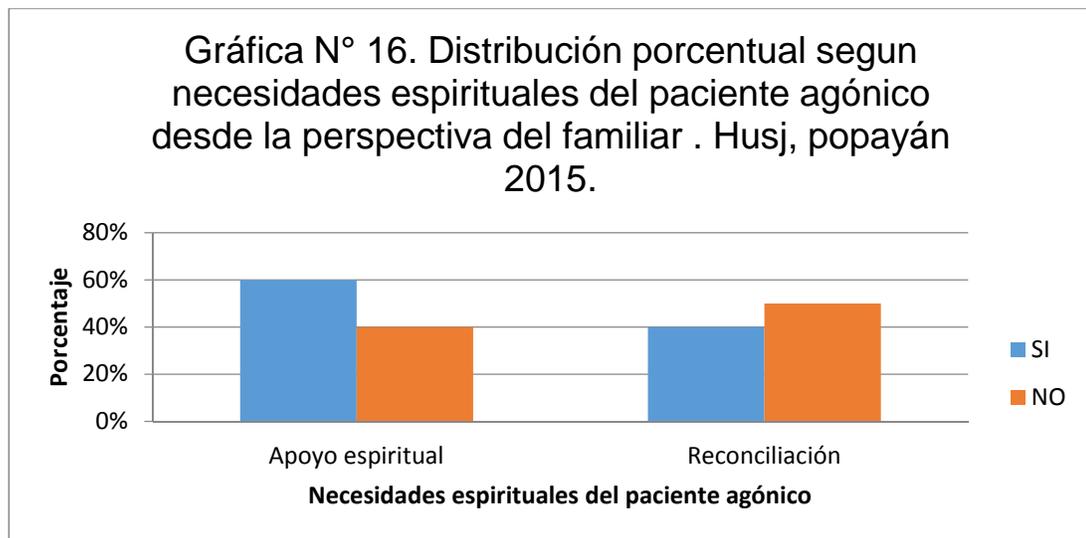
Todo el equipo de enfermería afirma mantener la comunicación entre la familia y el paciente.

Promover compañía al paciente con su familia y/o amigos

Todo el equipo de enfermería afirma promover la compañía del paciente con su familia y/o amigos.

5.3.4 Necesidades espirituales del paciente agónico y cuidados de enfermería

Al preguntar al familiar sobre cuáles de estas necesidades eran satisfechas se encontró que el apoyo espiritual era satisfecho en un 60% y la reconciliación en un 40%. (Ver grafica N°16)



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

Cuidados para el manejo de necesidades espirituales.

Según la revisión bibliográfica realizada por los investigadores se encontraron los siguientes cuidados espirituales: facilitar el acceso a ritos religiosos, y reconciliación del paciente con la familia y amigos.

El 87% del equipo de enfermería respondió que realizaba dichos cuidados, sin embargo al solicitar que los verbalizaran, se encontró que tanto profesionales como auxiliares solo facilitaban el acceso a ritos y no realizan ningún otro cuidado espiritual.

Además, se evidenció que no es un cuidado reconocido por el equipo de enfermería: la reconciliación del paciente con la familia y amigos.

5.4 Aspectos bisociodemográficos del familiar del paciente agónico.

Los familiares del paciente en etapa agónica fueron mayores de 18 años, distribuidos de la siguiente manera 18-39 años 40%, y en el mismo porcentaje de

40-64 años, y de 65 años 20%. El 60% fueron de sexo femenino y el 40% masculino, el 60% era de procedencia rural y el 40% urbana, el parentesco era hijo(a) 60% y otro 40%, todos eran católicos, en cuanto al nivel de estudios el 60% curso estudios primarios, y estudios técnicos 20% y en el mismo porcentaje estudios universitarios, solo el 20% pertenecía a un grupo étnico específico. (Ver tabla N°3)

Tabla N° 3. Distribución porcentual según aspectos biosociodemográficos del familiar del paciente agónico. Popayán HUSJ 2015.

Aspectos sociodemográficos	Porcentaje	
Edad	18-39 años	40%
	40-64 años	40%
	Mayores de 65 años	20%
Género	Femenino	60%
	Masculino	40%
Procedencia	Rural	60%
	Urbano	40%
Parentesco	Madre -padre	0%
	Hijo(a)	60%
	Otro	40%
Religión	Católica	100%
Nivel de estudios	Primaria	60%
	Secundaria	0%
	Técnico	20%
	Universitario	20%
Grupo étnico	Si	20%
	No	80%

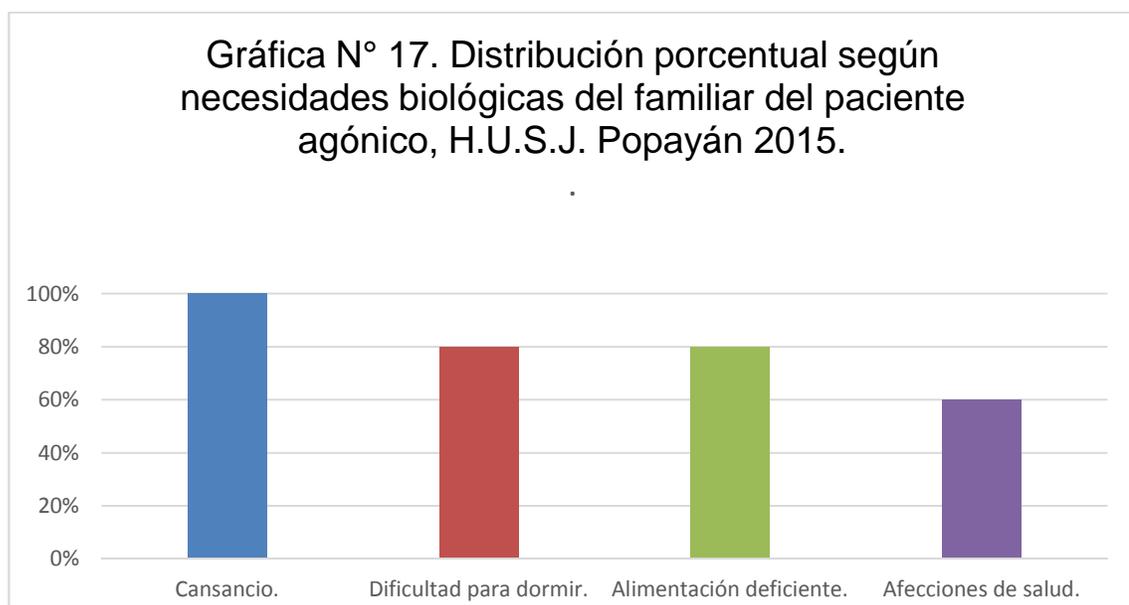
FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

5.5 Necesidades de la familia del paciente agónico y cuidados de enfermería.

5.5.1 Necesidades biológicas y cuidados de enfermería

Los familiares de los pacientes agónicos manifestaron necesidades biológicas como las siguientes: cansancio (100%), dificultad para dormir (80%), alimentación deficiente (80%), afecciones de salud (60%). se encontró que algunos familiares presentaban una alimentación insuficiente debido a falta de recursos, a estar todo el tiempo en el hospital, entre otros. (Ver grafica N°17)

En cuanto a la presencia de enfermedades la familia refirió lo siguiente: dolores de cabeza, dolores de estómago, dolores de cadera, y gastritis.

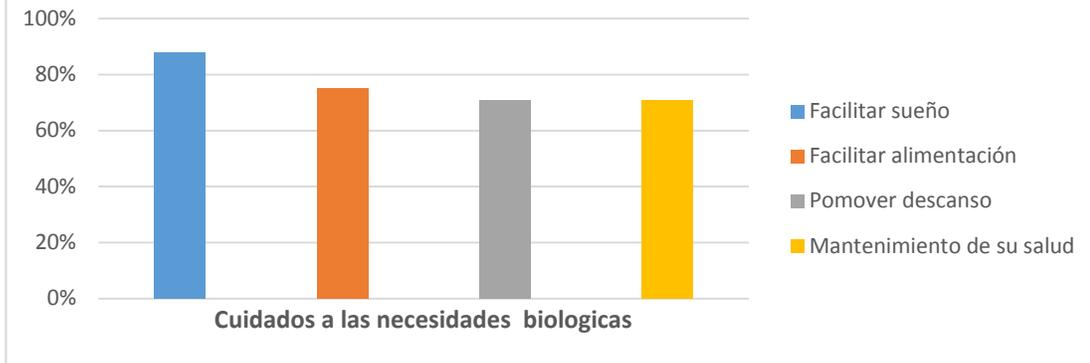


FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

Cuidados de enfermería para el manejo de las necesidades biológicas.

Acerca de los cuidados que se deben brindar por parte del equipo de enfermería para satisfacer las necesidades biológicas del familiar son: facilitar sueño (88%), facilitar alimentación (75%), promover descanso (71%), y mantenimiento de su salud (71%). (Ver grafica N°18)

Gráfica N° 18. Distribución porcentual según cuidado equipo de enfermería, atención necesidades biológicas del familiar del paciente agónico. HUSJ, Popayán 2015.

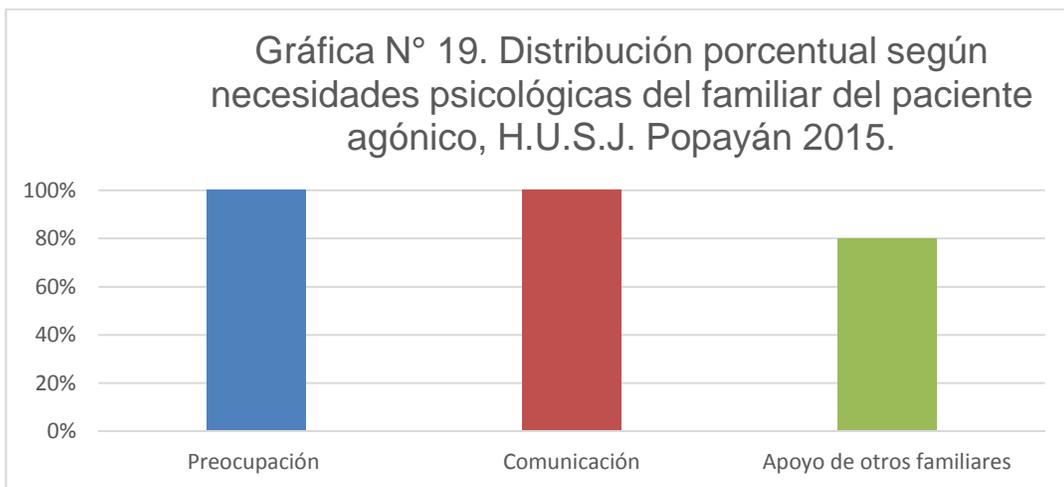


FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

5.5.2 Necesidades psicológicas y cuidados de enfermería

El total de los familiares de pacientes agónicos, presentaron necesidades psicológicas, como las siguientes: preocupación (100%), comunicación (100%), y apoyo de otros familiares (80%). (Ver grafica N°19)

Gráfica N° 19. Distribución porcentual según necesidades psicológicas del familiar del paciente agónico, H.U.S.J. Popayán 2015.



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

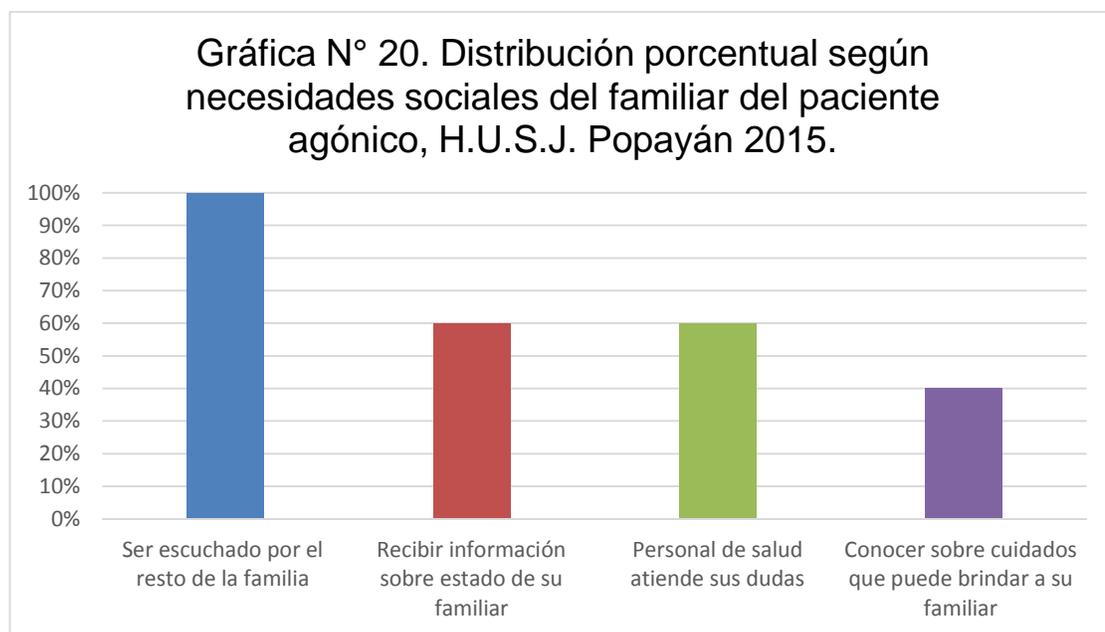
Cuidados para el manejo de la necesidades psicológicas.

El total del equipo enfermería refirió como cuidados: permitir la expresión de sentimientos a la familia del paciente, proporcionar tranquilidad al y brindar apoyo emocional.

5.5.3 Necesidades sociales

El total de los familiares de pacientes agónicos, manifestaron presentar necesidades sociales, tales como las siguientes: ser escuchado por el resto de la familia (100%), recibir información sobre estado de su familiar (60%), personal de salud atiende sus dudas (60%), conocer sobre cuidados que puede brindar a su familiar (40%). (Ver grafica N°20)

En cuanto al conocimiento de los cuidados que los familiares pueden brindar al paciente agónico, se identificaron los siguientes: hablarle y movilizar.



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

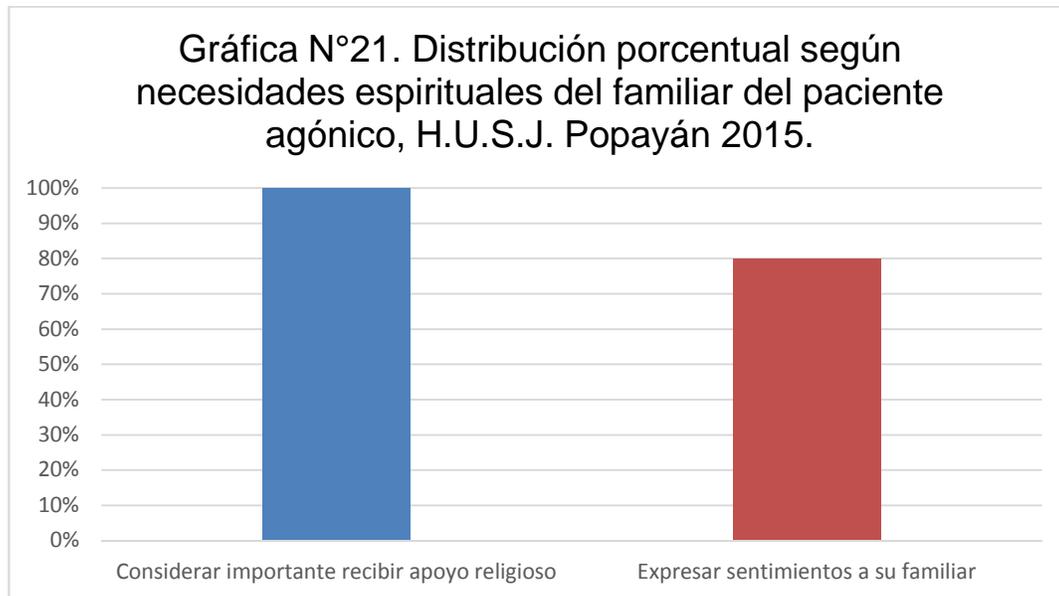
Cuidados de enfermería para el manejo de las necesidades sociales

Se encontró que la totalidad del equipo de enfermería realizaba cuidados para atender las necesidades de comunicación relacionados con educación, y escucha.

5.5.4 Necesidades espirituales y cuidados de enfermería

El total de los familiares de pacientes agónicos, presentaron necesidades espirituales, como las siguientes: recibir apoyo religioso (100%), Expresar sentimientos a su familiar (80%). (Ver grafica N°21)

Al pedir a los familiares que nos indicaran de qué manera seria importante recibir al apoyo religioso, manifestaron: acompañamiento con sacerdote, oración, santos oleos y confesión.



FUENTE DE INFORMACION: N-PTA-F-CE-HUSJ-POPAYÁN 2014-2015

Cuidados para el manejo de las necesidades espirituales.

El 96% del equipo de enfermería afirmo realizar cuidados para satisfacer las necesidades espirituales de la familia tales como: permitir la reconciliación y el apoyo religioso, donde, la totalidad de los profesionales de enfermería lo hacen, y en menor proporción los auxiliares de enfermería con un 93%.

6. DISCUSIÓN

Sobre el conocimiento del equipo de enfermería:

La presente investigación nos permite concluir que al equipo de enfermería le faltan conocimientos teóricos sobre la etapa agónica, lo cual puede deberse a diferentes causas, tales como: falta de educación continua durante su ejercicio profesional y rol ocupacional, falta de formación en los programas académicos en esta área sobre cuidados paliativos y específicamente en el tema de agonía.

Los resultados anteriores son similares a los encontrados en el estudio “La actitud de los enfermeros ante la muerte de los pacientes”²⁰, realizado por tres enfermeras de la Universidad de Concepción, Chile en el año 2009, que encontraron que el 81% de los enfermeros, respondieron que les parecía de pobre a regular la formación en temas relacionados con la muerte y paciente terminal en los estudios universitarios de pregrado. En otro estudio denominado “Evaluación del conocimiento sobre cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería de un Centro Médico Nacional”²¹, de México, 2010 el personal afirma que no posee los suficientes conocimientos, (el 83% considera tener conocimientos básicos a medios) y no hay aplicación de los cuidados tanatológicos, así mismo, desconoce la importancia y los beneficios que proporcionan al otorgarlos, evidenciando la falta de formación de enfermería en este tema.

Consideramos que puede existir en el equipo de enfermería un rechazo y miedo hacia la etapa agónica lo que conlleva a que no se presten los cuidados de manera integral. En un estudio realizado por Elaine Guedes Fontoura y Darci De Oliveira Santa Rosa²², Brasil 2013, se afirma que “la actitud y miedo a la muerte en la enfermería puede afectar la calidad de los cuidados en los enfermos terminales y moribundos”.

²⁰ MAZA CABRERA, MARITZA. GUTIÉRREZ ZABALA, MERCEDES. MERINO ESCOBAR, JOSÉ “Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes” Revista Ciencia y Enfermería abril 2009 vol. 15 N° 1 Chile. {En línea} {15 de abril 2015}. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art06.pdf>

²¹ MIRELLE YESENIA MARTÍNEZ TORRES, MARY CARMEN FLORES BRAVO. “Evaluación del conocimiento sobre cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería de un Centro Médico Nacional” Revista CONAMED, Vol. 15, N°. 1, 2010, págs. 4-14. {En línea} {15 de abril 2015}. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393099>

²² Elaine Guedes Fontoura, Darci De Oliveira Santa Rosa. “vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte”. {En línea} {15 de abril 2015}. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100006&script=sci_arttext

Sobre el cuidado de enfermería al paciente en etapa agónica:

En esta investigación se encontró como resultado de la investigación un cuidado de enfermería más biologista, donde se da más importancia a la administración de medicamentos y a las patologías del paciente, considerando que la atención de las necesidades psicológicas y sociales son acciones que deben ser realizadas por otros profesionales de la salud dejando a un lado la concepción del paciente como un ser biopsicosocial y espiritual que necesita un cuidado integral, tal como se afirma en la tesis doctoral “La relación de ayuda en enfermería una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión”: entender el cuidado más allá de reducciones puramente técnicos o biologistas, creemos que es fundamental dirigir nuestros cuidados hacia una visión del ser humano más global y holística²³, de Miguel Ángel Cánovas, Murcia 2008.

Existen técnicas y terapias complementarias que pueden ser muy efectivas para el manejo de síntomas agobiantes en el paciente en etapa agónica, como lo afirma el estudio “Aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida con Plantas Medicinales, Alimentación Sana, Terapias Alternativas y Complementarias”, de la organización no gubernamental Servicio de enseñanza técnica y capacitación integral (SENTEC) en cuidados paliativo. Terapias no farmacológicas pueden ayudar favorablemente a los pacientes agónicos, actuando en la disminución del dolor y la ansiedad, como son por ejemplo la aromaterapia, los masajes y la musicoterapia, siendo estas terapias complementarias que permiten vivir con más dignidad hasta el último momento, cuando el miedo de morir desaparece y cuando la paz y tranquilidad hasta serenidad ante la muerte, priman²⁴. Además, dicho estudio afirma que la musicoterapia puede aportar mucho al confort y calidad en la última fase de la vida. Olores agradables pueden dar un consuelo y un apoyo a los moribundos y su familia.

Entre otros hallazgos, se evidenció que los signos que acompañan la etapa agónica del paciente terminal a los que menos cuidados de enfermería se les prestan son a la boca seca, a los ojos secos y a la disnea, siendo unos signos que tienen una alta frecuencia de ocurrir, como lo afirma la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL): “En el enfermo terminal hay una alteración de las propiedades de los ojos y la boca provocadas por diferentes causas y que dan lugar a numerosos problemas de los que cabe destacar por su elevada frecuencia

²³ Miguel Ángel Cánovas Tomás. “La relación de ayuda en enfermería una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión”. {En línea} {15 de abril 2015}. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11073/CanovasTomas.pdf?sequence=1>

²⁴ Els Van Hoecke. “Coordinadora de la serie Cuidados Paliativos”. {En línea} {15 de abril 2015}. Disponible en: <http://www.ehospice.com/DesktopModules/GalleryServerPro/gs/handler/getmedia.ashx?moid=9872&dt=2&g=1>

la sequedad de boca 60-70%, y la disnea se presenta en el 30-40% de todos los cánceres avanzados y terminales. La disnea puede aparecer en los últimos días o semanas de la evolución de diferentes enfermedades en el contexto de un fracaso multiorgánico”.

En la actualidad, al referirnos sobre el dolor encontramos que es uno de los signos a los que se presta mejor manejo dentro del medio hospitalario, de manera que inferimos es por la inclusión del tema el manejo de dolor en los programas de formación académica y en los programas institucionales. En años anteriores, según el trabajo de investigación “Necesidades biopsicosociales y espirituales del paciente terminal adulto y su familia, HUSJ Popayán Cauca” del año 1998, el 81% de los pacientes en etapa terminal presentaban algún tipo de dolor del cual el 45% expreso que fue extremo e incapacitante, de esta forma se evidenció que todos los pacientes se estaban muriendo con dolor porque era el signo que menos se atendía.

También se evidenció la falta de comunicación y compañía por parte de los familiares y amigos hacia el paciente agónico, puesto que solo estaban acompañados por el cuidador principal: un familiar, mas no por el resto de la familia y amigos, esto puede deberse a la dificultad que tienen para poder ingresar al hospital por barreras como horarios estrictos, falta de espacio, acceso a la unidad y permisos para ingresar, algo que no ocurre cuando el paciente es llevado a pasar sus últimos días en casa. Lo anterior es afirmado por el estudio realizado por Catalán Gonzales denominado “Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos”²⁵, menciona que aún se mantienen sistemas de visitas rígidos que no permiten al familiar ser un agente de cuidado sino un visitador por los tiempos cortos de estancia, por ello sugiere que los tiempos deberían ser más personalizados según las necesidades del paciente y los requerimientos del núcleo familiar, España 2004.

Entre las necesidades espirituales, el apoyo religioso es la necesidad que más se encontró insatisfecha en el paciente agónico, y en éste se encuentran las siguientes acciones: ser visitado por un sacerdote, recibir la comunión, escuchar la misa y ser confesado. Consideramos se puede deber a la falta permanente de un capellán en el hospital, llevando a que deba buscarse por otros medios. Según la

²⁵ CATALAN GONZALES. “Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos” España. {En línea} {15 de abril 2015}. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/valoracion-del-grado-satisfaccion-los/articulo/13062421/>

guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos de España²⁶ menciona que el apoyo religioso puede ser dado por familiares, amigos, grupos de fe, sacerdotes u otros asesores espirituales y también por profesionales sanitarios capacitados, también menciona que los enfermos que reciben apoyo espiritual son capaces de encontrar sentido a la vida y de tener esperanza, tienen mayor bienestar psicoespiritual, mejor calidad de vida y menor sufrimiento psicológico.

Sobre el cuidado de la familia al paciente en etapa agónica:

Se encontró que los cuidados al paciente agónico son prestados en su mayoría por la hija, predominando el género femenino, debido a que la pareja del paciente es de avanzada edad o ya no vive. Estos resultados son iguales a los encontrados en el estudio de Moreira de Souza R, Turrini R.N.T. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador “A menudo, en casos de enfermedades terminales, los familiares se alejan para no hacer frente a la enfermedad y la muerte, y las acciones de cuidar recaen sobre el cónyuge, a pesar que en este estudio el principal parentesco del cuidador era ser hija”²⁷, Brasil 2011. Además, el Instituto Nacional del Cáncer, de Salud de EE. UU, en el 2015 menciona que “En términos generales, hay más mujeres que hombres prestando estos servicios, la mayoría de estas personas son parientes del paciente”²⁸.

Sobre el cuidado de enfermería a la familia del paciente en etapa agónica: Se encontró que el familiar que desempeña el rol de cuidador principal presenta en alto porcentaje necesidades biológicas insatisfechas como el descanso, el sueño y la alimentación como lo afirmaron Jaime Vargas y Cyntia Sánchez en su estudio “Cuidadores primarios de enfermos crónicos: agotamiento compasivo”²⁹, México, 2012.

También el estudio de Catherine del Rosario Mera Cárdenas “El cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería de la UNMSM”, refiere “El cuidado que se brinda a la

²⁶ Guía de Práctica clínica de cuidados paliativos. España. {En línea} {15 de abril 2015}. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf

²⁷ Moreira de Souza R., Turrini R.N.T.. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2015 Mayo 21]; 10(22). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200013&lng=es.

²⁸ Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. En línea: http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/familia-y-amigos/familiares-a-cargo-pro-pdq#cit/section_1.5

²⁹ Vargas Mendoza, Jaime Ernesto y Sánchez Siguenza, Cyntia. “Cuidadores primarios de enfermos crónicos: agotamiento compasivo, 2012” Pagina: 14. {En Línea} (24 mayo de 2015). Disponible en: http://conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/71_cuidadores_primarios_enfermos_crónicos_agotamiento_compasivo.pdf

familia del paciente moribundo, es indiferente insolente y discriminante, somos indiferentes a las necesidades de los familiares”³⁰, Lima Perú, 2008.

Además, se encontró que las necesidades sociales y psicológicas de la familia del paciente agónico no son atendidas de manera holística por el equipo de enfermería, con respecto a las necesidades sociales, la familia no puede vincularse en el cuidado del paciente, esto está relacionado con el desconocimiento sobre los cuidados que podría brindarle, y en algunos casos el equipo de enfermería no resuelve sus dudas. En cuanto a las necesidades psicológicas, si no se recibe una adecuada atención psicológica, puede ocasionar consecuencias que desmejoran el estado de salud del individuo como lo es el síndrome de bournout, el cual indica un estado de agotamiento mental, físico y emocional, como lo afirmaron Jaime Vargas y Cyntia Sánchez³¹.

Por último, también a la familia se le debe proporcionar un apoyo espiritual constante, el cual debe estar soportado en prácticas religiosas por compañía del sacerdote y administración de sacramentos como confesión y comunión. Según Ruth Collado Martínez, en su estudio “Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería” El ser humano necesita ser cuidado en todas sus dimensiones. La dimensión espiritual, representa la más noble y trascendente de la persona. Además la necesidad espiritual se hace más evidente con frecuencia durante una crisis o enfermedad”³², Puerto Rico, 2010.

³⁰ Mera Cárdenas, Catherine del Rosario. “El cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería de la UNMSM, 2007”. Páginas 50, 52. {En línea} {18 mayo de 2015}. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/481/1/mera_cc.pdf

³¹ Vargas, J. y Sanchez C. Op. Cit. Pagina: 17.

³² Collado Martínez, Ruth E. “Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería”. Páginas: 1, 2. {En línea} {18 mayo de 2015}. Disponible en: <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>

7 CONCLUSIONES

El paciente agónico y su familia tienen unas necesidades de orden biológico, psicológico, social y espiritual que deben ser satisfechas para mejorar su bienestar y confort, para lo cual es necesario contar con personal calificado y preparado académicamente.

El equipo de enfermería requiere de una actualización de cuidados sobre la etapa agónica que le permita ofrecer unos cuidados integrales.

Los síntomas que más agobian la etapa agónica del paciente terminal y a los cuales menos cuidados se les presta son: la boca seca, ojos secos y disnea.

El manejo del dolor al paciente agónico ha mejorado notablemente durante las últimas dos décadas, pasando de ser un signo que más agobiaba al paciente a ser un signo que está poco presente.

Las principales necesidades de la familia que no están siendo resueltas por el equipo de enfermería son: el cansancio y la dificultad para dormir.

No se han incorporado las terapias complementarias (aromaterapia, musicoterapia, masajes) a la atención del paciente en etapa agónica. Se continúa con el manejo de la medicina occidental.

El personal de enfermería no dispone del tiempo suficiente para atender las necesidades de la familia y el paciente en etapa agónica, y el profesional centra más su ejercicio a la labor administrativa y deja el cuidado directo a los auxiliares.

8 RECOMENDACIONES

Se sugiere que en la institución hospitalaria exista un capellán o sacerdote que preste los servicios religiosos al paciente en etapa agónica y su familia, teniendo en cuenta que un gran porcentaje de las personas que acuden son de religión católica.

Implementar una estrategia (puede ser código lila) que permita a pacientes y amigos estar presentes en el momento del deceso del paciente evitando la presencia de ruidos, luces, intervenciones por parte del personal médico y de enfermería.

Tanto en las instituciones universitarias como en las instituciones que ofrecen programas vocacionales en enfermería debe existir el desarrollo temático de agonía y de cuidados que se prestan al paciente agónico y su familia.

En los hospitales dentro del programa de educación continua para profesionales y auxiliares de enfermería deben desarrollarse programas que incluyan no solo la fase terminal del paciente si no la etapa agónica.

Aplicar la lista de cuidados realizada por el equipo investigador donde se incluyen entre otras, terapias complementarias (aromaterapia, musicoterapia, masajes entre otros) para el cuidado del paciente agónico.

Es necesario el diseño de una Guía de Práctica Clínica (GPC) en la institución hospitalaria para prestar un cuidado integral al paciente agónico y su familia.

El profesional de enfermería intrahospitalario debe involucrarse más en el cuidado directo al paciente en etapa agónica y su familia.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud**

Programa de Enfermería

Título del proyecto: NECESIDADES DEL PACIENTE AGÓNICO Y SU FAMILIA: CUIDADO ENFERMERÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN 2014-2015.

Dirigido a: familiar

Objetivo del proyecto:

Determinar las necesidades del paciente en la etapa agónica y su familia, presentando una propuesta holística de cuidado enfermero.

Investigadora principal:

Enf. Mag. Esp. MARIA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ

Investigadores estudiantes:

Yesica Díaz Gómez.

Deisy Fuentes Benítez.

Juan David Gomez Chicaiza.

Nelson Iván Ortega Cañas.

Luisa Fernanda Salazar Cerón.

Leidy Carolina Trujillo Coají.

El objetivo del presente consentimiento informado es dar a conocer a los posibles participantes de nuestra investigación los principales aspectos sobre su participación y de su familiar a cargo.

Si decide participar en la investigación, garantizamos la total confidencialidad de la información recogida por nosotros, que se hará por medio de una entrevista, guía de observación del paciente y revisión de la historia clínica de su familiar y esta no será usada con otros fines diferentes a los de este proyecto de investigación. Además, cabe resaltar que la participación en este proyecto de investigación es totalmente voluntaria, que puede realizar preguntas en cualquier momento y dado el caso puede retirarse de la presente investigación en el momento que desee y esto no acarreará ningún tipo de consecuencia negativa hacia usted o su familiar.

Habiendo entendido lo anterior: Acepto de manera voluntaria, participar en esta investigación conducida por los estudiantes del programa de enfermería de octavo semestre matriculados en la materia investigación dos (2), de la Universidad del Cauca. Cuyo objetivo principal es determinar las necesidades del paciente en la etapa agónica y su familia, presentando una propuesta holística de cuidado enfermero.

Reconozco, que he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, además la información que se provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto implique perjuicio alguno. De tener preguntas sobre la participación en este estudio, puedo contactar a Deisy Fuentes Benítez al teléfono, 3166145936 o a, Yesica Díaz Gómez 3206494058.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando el mismo haya concluido. Para esto, puedo contactar a los teléfonos anteriormente mencionados.

_____	_____	_____
Nombre	Cédula de ciudadanía	Fecha

Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

Título del proyecto: NECESIDADES DEL PACIENTE AGÓNICO Y SU FAMILIA: CUIDADO ENFERMERÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN 2014-2015.

Dirigido a: Equipo enfermero

Objetivo del proyecto:

Determinar las necesidades del paciente en la etapa agónica y su familia, presentando una propuesta holística de cuidado enfermero.

Investigadora principal:

Enf. Mag. Esp. MARIA DEL PILAR RESTREPO de Paz

Investigadores estudiantes:

Yesica Diaz Gómez.

Deisy Fuentes Benitez.

Juan David Gomez Chicaiza.

Nelson Iván Ortega Cañas.

Luisa Fernanda Salazar Cerón.

Leidy Carolina Trujillo Coají.

El objetivo del presente consentimiento informado es dar a conocer a los posibles participantes de nuestra investigación los principales aspectos sobre su participación.

Si decide participar en el presente proyecto de investigación le garantizamos una total confidencialidad de la información recogida mediante la entrevista que se le realizaría. Esta no sería usada con fines diferentes a los ya mencionados. Además cabe resaltar que su participación en este estudio es totalmente voluntaria, usted puede realizar preguntas en cualquier momento y dado el caso puede retirarse cuando lo desee y esto no traerá ningún tipo de consecuencia negativa hacia usted o en su espacio laboral.

Habiendo entendido lo anterior:

Acepto de manera voluntaria participar en esta investigación conducida por los estudiantes de octavo semestre del programa de enfermería matriculados en la materia investigación dos (2), de la Universidad del Cauca.

Reconozco que, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, he conocido el objetivo de su estudio y además sé que la información que se obtenga en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo si lo deseo, sin que esto implique perjuicio alguno. De tener preguntas sobre la participación en este estudio, puedo contactar a Deisy Fuentes Benítez al teléfono, 3166145936 o a, Yesica Díaz Gómez 3206494058.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido. Para esto, puedo contactar a los teléfonos anteriormente mencionados.

Nombre

Cedula de ciudadanía

Fecha

Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

Título del proyecto: NECESIDADES DEL PACIENTE AGÓNICO Y SU FAMILIA: CUIDADO ENFERMERÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN 2014-2015.

Dirigido a: Paciente consiente

Objetivo del proyecto:

Determinar las necesidades del paciente en la etapa agónica y su familia, presentando una propuesta holística de cuidado enfermero.

Investigadora principal:

Enf. Mag. Esp. MARIA DEL PILAR RESTREPO de Paz

Investigadores estudiantes:

Yesica Díaz Gómez.

Deisy Fuentes Benítez.

Juan David Gomez Chicaiza.

Nelson Iván Ortega Cañas.

Luisa Fernanda Salazar Cerón.

Leidy Carolina Trujillo Coají.

El objetivo del presente consentimiento informado es dar a conocer a los participantes de nuestra investigación los aspectos importantes sobre su participación.

Si decide participar en la investigación garantizamos la total confidencialidad de la información recogida, además no será usada con otros fines diferentes a los de este proyecto de investigación. Además cabe resaltar que la participación en este proyecto de investigación es totalmente voluntaria, que puede realizar preguntas en cualquier momento y dado el caso puede retirarse de la presente investigación en el momento que desee y esto no acarreará ningún tipo de consecuencia negativa hacia usted.

Habiendo entendido lo anterior:

Acepto de manera voluntaria participar en esta investigación conducida por los estudiantes del programa de enfermería de octavo de la Universidad del Cauca. Cuyo objetivo principal es determinar las necesidades del paciente en la etapa agónica y su familia, presentando una propuesta holística de cuidado enfermero.

Reconozco que, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, además entiendo que la información que se provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto implique perjuicio alguno. De tener preguntas sobre la participación en este estudio, puedo contactar a Deisy Fuentes Benítez al teléfono, 3166145936 o a, Yesica Díaz Gómez 3206494058.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando el mismo haya concluido. Para esto, puedo contactar a los teléfonos anteriormente mencionados.

Nombre

Cedula de ciudadanía

Firma

CUIDADO ENFERMERO: ETAPA AGÓNICA PACIENTE TERMINAL, Y FAMILIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN 2014-2015.

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

DIRIGIDO A: EQUIPO DE ENFERMERÍA

FECHA DE REALIZACIÓN: _____

CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE EN ETAPA AGÓNICA

NECESIDADES BIOLÓGICAS

1. ¿Conoce los signos y síntomas de la etapa agónica?

Si ____ No ____

Cuales: _____

2. ¿Realiza cuidados para disminuir el dolor al paciente agónico?

Si ____ No ____

Cuales: _____

3. ¿Realiza cuidados para el manejo de la disnea del paciente agónico?

Si ____ No ____

Cuales: _____

4. ¿Realiza cuidados para el manejo de estertores en el paciente agónico?

Si ____ No ____

Cuales: _____

5. ¿Realiza cuidados para el manejo del vómito en el paciente agónico?

Si ____ No ____

Cuales: _____

6. ¿Realiza cuidados ante la presencia de náuseas?

Si ____ No ____

Cuales: _____

7. ¿Realiza cuidados para mantener la integridad de los ojos del paciente?

Si ____ No ____

Cuales: _____

8. ¿Realiza cuidados para mantener la integridad de las mucosas orales?

Si ____ No ____

Cuales: _____

NECESIDADES PSICOLÓGICAS

9. ¿Realiza cuidados para el manejo de la agitación?

Si ____ No ____

Cuales: _____

10. ¿Realiza cuidados para el manejo de la desorientación?

Si ____ No ____

Cuales: _____

11. ¿Realiza cuidados para el manejo de la demencia?

Si ____ No ____

Cuales: _____

12. ¿Realiza cuidados ante la aparición de ideas depresivas?

Si ____ No ____

Cuales: _____

NECESIDADES SOCIALES

13. ¿Usted dispone el tiempo necesario para comunicarse con el paciente agónico?

Si ____ No ____

14. ¿Mantiene la comunicación entre la familia y el paciente?

Si ____ No ____

15. ¿Promueve la compañía del paciente agónico con su familia y/o amigos?

Si ____ No ____

NECESIDADES ESPIRITUALES

16. ¿Realiza cuidados espirituales al paciente agónico?

Si ___ No ___

Cuales: _____

CUIDADO ENFERMERO A LA FAMILIA DEL PACIENTE EN ETAPA AGÓNICA

NECESIDADES BIOLÓGICAS

17. ¿Realiza acciones que le permitan a la familia del paciente agónico cubrir las siguientes necesidades biológicas?

Descanso: Si ___ No ___

Sueño: Si ___ No ___

Alimentación: Si ___ No ___

Salud: Si ___ No ___

NECESIDADES PSICOLÓGICAS

18. ¿Realiza acciones que le permitan a la familia del paciente agónico cubrir las siguientes necesidades psicológicas?

Expresión de sentimientos: Si ___ No ___

Tranquilidad: Si ___ No ___

Apoyo emocional: Si ___ No ___

NECESIDADES SOCIALES

19. ¿Realiza acciones que le permitan a la familia del paciente agónico cubrir las siguientes necesidades sociales?

Comunicación: Si___ No___

Educación: Si___ No___

Escucha: Si___ No___

NECESIDADES ESPIRITUALES

20. ¿Realiza acciones que le permitan a la familia del paciente agónico cubrir las siguientes necesidades espirituales?

Reconciliación: Si___ No___

Apoyo religioso: Si___ No___

INVESTIGADORES:

YESSICA DIAZ GÓMEZ

DEISY FUENTES BENITEZ

JUAN DAVID GOMEZ CHICAÍZA

NELSON IVAN ORTEGA CAÑAS

LUISA FERNANDA SALAZAR CERÓN

LEIDY CAROLINA TRUJILLO COAJÍ

ENF. MAG. ESP. MARÍA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ.

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
 PROGRAMA DE ENFERMERÍA
 INVESTIGACIÓN: CUIDADO ENFERMERO: ETAPA AGÓNICA PACIENTE
 TERMINAL, Y FAMILIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ,
 POPAYÁN 2014-2015.**

**MATRIZ PARA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE HISTORIA
 CLÍNICA SOBRE EL PACIENTE.**

FECHA DE REALIZACIÓN: _____

1. ASPECTOS BIOSOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE AGÓNICO.

Edad		Género		Procedencia	
18-39 años					
40-64 años		Masculino		Urbana	
Mayor 65 años		Femenino		Rural	

Estado civil		Estrato		Estado de conciencia	
Soltero (a)		1		alerta	
Casado (a)		2		Somnolencia	
Unión libre		3		Estupor superficial	
Divorciado (a)		4		Estupor profundo	
Viudo (a)		5		Coma	
		6			

Enfermedad actual.

INVESTIGADORES ESTUDIANTES:

YESICA DIAZ GOMEZ
 DEISY FUENTES BENITEZ
 JUAN DAVID GOMEZ CHICAIZA
 NELSON IVAN ORTEGA CAÑAS
 LUISA FERNANDA SALAZAR CERÓN

LEIDY CAROLINA TRUJILLO COAJÍ
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
INVESTIGACIÓN: CUIDADO ENFERMERO: ETAPA AGÓNICA PACIENTE
TERMINAL, Y FAMILIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ,
POPAYÁN 2014-2015.

**GUÍA DE OBSERVACIÓN AL PACIENTE AGÓNICO Y MATRIZ PARA LA
 CONFRONTACIÓN CON HISTORIA CLÍNICA.**

DIRIGIDO A: PACIENTE AGÓNICO

FECHA DE REALIZACIÓN: _____

OBSERVACIÓN A PACIENTE	REVISIÓN HISTORIA CLÍNICA
<p>NECESIDADES BIOLÓGICAS DEL PACIENTE AGÓNICO.</p> <p>Presenta signos de dolor. Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta dificultad para respirar. Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta estertores. Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta náuseas. Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta vómito. Si ___ No ___</p>	<p>NECESIDADES BIOLÓGICAS DEL PACIENTE AGÓNICO.</p> <p>Presenta signos de dolor. Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta dificultad para respirar. Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta estertores. Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta náuseas. Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta vómito. Si ___ No ___ Manejo: _____</p>

<p>Tipo de contenido: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta trastornos del sueño. Si ___ No: ___ Cuál: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta ojos secos: Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta boca seca. Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta estado febril. Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p>	<p>Tipo de contenido: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta trastornos del sueño. Si ___ No ___ Manejo: _____ Cuál: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta ojos secos. Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta boca seca. Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta estado febril. Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p>
<p>NECESIDADES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE AGÓNICO.</p> <p>Presenta delirium (como: alucinaciones). Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta signos de confusión (como: desconocimiento a sus familiares, desconocimiento del lugar, tiempo o persona). Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta signos de ansiedad (como: temor a estar solo).</p>	<p>NECESIDADES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE AGÓNICO.</p> <p>Presenta delirium (como: alucinaciones). Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta signos de confusión (como: desconocimiento a sus familiares, desconocimiento del lugar, tiempo o persona). Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta signos de ansiedad (como: temor a estar solo).</p>

<p>Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta signos de agitación (como: retiro de dispositivos médicos). Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta signos de irritabilidad (como: agresividad, enojo). Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>NECESIDADES SOCIALES DEL PACIENTE AGÓNICO.</p> <p>Está rodeado de familiares que le ofrecen compañía constantemente. Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>Se observa que los familiares escuchan atentamente al paciente. Si ___ No ___ Recomendación: _____ _____</p> <p>N.A. ___ (paciente bajo sedación)</p>	<p>Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta signos de agitación (como: retiro de dispositivos médicos). Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Presenta signos de irritabilidad (como: agresividad, enojo). Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>NECESIDADES SOCIALES DEL PACIENTE AGÓNICO.</p> <p>Está rodeado de familiares que le ofrecen compañía constantemente. Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>Se observa que los familiares escuchan atentamente al paciente. Si ___ No ___ Manejo: _____ Recomendación: _____ _____</p> <p>N.A. ___ (paciente bajo sedación)</p>
--	--

INVESTIGADORES ESTUDIANTES:

YESICA DIAZ GOMEZ

DEISY FUENTES BENITEZ

JUAN DAVID GOMEZ CHICAIZA

NELSON IVAN ORTEGA CAÑAS

LUISA FERNANDA SALAZAR CERÓN

LEIDY CAROLINA TRUJILLO COAJÍ

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

**Investigación: CUIDADO ENFERMERO: ETAPA AGÓNICA PACIENTE
TERMINAL, Y FAMILIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN
2014-2015.**

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA, DIRIGIDA A: FAMILIARES DEL PACIENTE
AGÓNICO**

FECHA DE REALIZACIÓN: _____

**ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL FAMILIAR DEL PACIENTE
AGÓNICO**

1. Edad:

18-39 años: -----

40-64 años: -----

Mayor de 65 años: -----

2 Género:

F ----- M -----

3. Lugar de Procedencia:

Rural: ----- Urbana: -----

4. Parentesco con el paciente:

Padre____ Madre: ----- Hijo: -----

Otro ____ ¿Cuál?_____

5. ¿A qué religión o culto religioso pertenece?

6. ¿Cuál es su nivel de estudios?

Primario: ----- Secundario: ----- Técnico: ----- Universitario: -----

Otro: ----- ¿Cuál?_____

7 ¿Pertenece a algún grupo étnico específico?

SI____ No____

¿Cuál? _____

NECESIDADES DE LA FAMILIA DEL PACIENTE AGÓNICO

NECESIDADES BIOLÓGICAS

8 ¿En la última semana cuantas horas promedio al día ha acompañado a su familiar?

9 ¿Durante la última semana ha sentido cansancio?

Si ____ No ____

10 ¿Durante la última semana ha tenido dificultad para dormir?

Si ____ No ____

10. ¿Durante la última semana considera que ha sido buena su alimentación?

Si ____ No ____

¿Por qué? _____

11 ¿Durante la última semana su alimentación ha sido suficiente?

Si ____ No ____

¿Por qué? _____

12. ¿Durante la última semana ha tenido una o varias enfermedades?

Si ____ No ____

¿Cuál (es)? _____

NECESIDADES PSICOLÓGICAS

13. ¿Durante la última semana se ha sentido preocupado por el estado actual de su familiar?

Si ____ No ____

14. ¿Durante la última semana ha podido comunicar sus sentimientos y pensamientos a su familia?

Si___ No___

15 ¿Durante la última semana se ha sentido apoyado por el resto de su familia?

Si___ No___

NECESIDADES SOCIALES

16 ¿El personal de salud le ha explicado el proceso del estado actual de su familiar?

Si___ No___

17 ¿Conoce cuáles son los cuidados que usted puede brindarle a su familiar?

Si___ No___

¿Cuáles?

18. ¿Cree que es escuchado por el resto de los miembros de su familia?

Si___ No___

19. ¿Cree que sus dudas son atendidas por el personal de salud de la institución?

Si___ No___

NECESIDADES ESPIRITUALES

20. ¿Durante la última semana ha podido expresar sus sentimientos a su familiar?

Si___ No___

21. ¿Considera importante que su familiar reciba apoyo religioso?

Si___ No___

¿De qué manera?

NECESIDADES DEL PACIENTE AGONICO DESDE LA PERSPECTIVA DE SU FAMILIAR

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

21. Nivel de estudio

Ninguno ___ Primaria ___ Secundaria ___ Técnico ___ Universitario ___

Otro:___ Cual: _____

22. Rol familiar

Padre-madre___ hijo (a) ___ abuelo (a) ___ otro: ___ cual: _____

23. Grupo étnico específico:

Si ____ No ____ cual: _____

24. Religión o culto religioso: _____

NECESIDADES PSICOLOGICAS

22. ¿Su familiar ha estado tranquilo durante la última semana?

Si _____ No _____

NECESIDADES SOCIALES

23. ¿Su familiar es visitado y acompañado por el resto de su familia y sus amigos?

Familia: Si _____ No _____

Amigos: Si _____ No _____

NECESIDADES ESPIRITUALES

24. ¿Su familiar ha manifestado la necesidad de querer realizar algún rito religioso o recibir apoyo espiritual?

Si _____ No _____

¿Cuál (es)?

25. ¿Su familiar ha manifestado la necesidad de dialogar y reconciliarse con personas específicas?

Si____ No _____

INVESTIGADORES ESTUDIANTES:

**YESSICA DIAZ GÓMEZ
DEISY FUENTES BENITEZ
JUAN DAVID GOMEZ CHICAÍZA
NELSON IVAN ORTEGA CAÑAS
LUISA FERNANDA SALAZAR CERÓN
LEIDY CAROLINA TRUJILLO COAJÍ**

INVESTIGADORA PRINCIPAL:

ENF. MAG. ESP. MARÍA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ.

PRESUPUESTO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA			
RUBROS	EFFECTIVO/ FINANCIACIÓN PROPIA	ESPECIE	TOTAL
Personal		31600000	31600000
Equipos		2030000	2030000
Materiales	176000		176000
Impresos y publicaciones	280000		280000
Comunicaciones y transporte	154000		154000
Subtotal costos	610000	33630000	34240000
Gastos administrativos 20 %	122000	6726000	6848000
Subtotal + gastos admón.	732000	40356000	41088000
Gastos varios 5%	36600	2017800	2054400
TOTAL	768600	42373800	43142400

MATERIALES	COSTO
Caja de resmas de papel.	70000
Útiles de oficina.	30000
Tinta para impresión.	40000
Memoria USB.	16000
Cd.	20000
TOTAL	176000

ÍTEM	COSTO UNITARIO	#	TOTAL
Transporte	1600	90	144000
Llamadas telefónicas	100	100	10000
TOTAL			154000

PUBLICACIÓN	JUSTIFICACIÓN	COSTOS	TOTAL
Fotocopias	Instrumentos e informes	50000	50000
Papelería	Publicación e impresión	200000	230000
	Empaste	30000	
TOTAL		280000	280000

EQUIPOS	ÍTEM	COSTO	TOTAL
Computadores	Computador Portátil	1350000	1350000
	Reparación	60000	260000
	Internet	200000	
Impresora Epson recargable	Impresiones	420000	420000
Total		2030000	2030000

INVESTIGADOR	COSTO POR HORA	FUNCIÓN DENTRO DEL PROYECTO	HORAS/ SEMANA DE DEDICACIÓN AL PROYECTO	VINCULACIÓN AL PROYECTO EN HORAS TOTAL	TOTAL
María Del Pilar Restrepo	40000	directora de la investigación	2	70	2800000
Yesica Díaz Gómez	10000	investigador	10	480	4800000
Deisy Fuentes Benítez	10000	investigador	10	480	4800000
Juan David Gómez	10000	investigador	10	480	4800000
Nelson Iván Ortega	10000	investigador	10	480	4800000
Luisa Fernanda Salazar	10000	investigador	10	480	4800000
Leidy Carolina Trujillo	10000	investigador	10	480	4800000

TOTAL

31600000

CRONOGRAMA

MES/AÑO	2014												2015												2016												
	agosto				septiembre				octubre				noviembre				diciembre				enero - mayo					junio - diciembre					enero - mayo						
semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
Selección de tema y tutores de investigación																																					
Revisión bibliográfica																																					
socializaciones avances del proyecto																																					
Validación de instrumentos																																					
Gestión aval con el comité de ética del HUSJ																																					
Recolección de la información																																					
Procesamiento y análisis de la información																																					
Entrega de resultados preliminares																																					
Informe escrito																																					
Construcción de artículo																																					
Sustentación final del proyecto																																					

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICIÓN	ESCALA	OPERACIONALIZACION
1.Aspectos biosociodemográficos del Paciente agónico y su familia.	Características propias de las personas que determinan su vida social, económica y biológica.	Edad	Tiempo que ha vivido un una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativa continua Intervalo	Edad (p) (f) 18-39: ----- 40-64: ----- Mayor 65: -----
		Género	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Cualitativa Dicotómica Nominal	Género (p, f) F ----- M -----
		ESTADO CIVIL	Condición de una persona según registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	cualitativa Politómica Nominal	Estado civil (p) Casado: ----- Unión libre: ----- Viudo: ----- Soltero: -----
		ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Condición de una persona según el estrato registrado en su servicio publico	cualitativa Politómica Nominal	Estrato: (p) 1: ----- 2: -----

					3: ----- 4: ----- 5: ----- 6: -----
		PROCEDENCIA	Sitio de donde proviene una persona.	Cualitativa Dicotómica Nominal	Cuál es el lugar de Procedencia: (p, f) Rural: ----- Urbana: -----
		ROL FAMILIAR	Función que una persona desempeña dentro de la familia.	Cualitativa Politómica Nominal	Cuál es el parentesco con el paciente: (p, f). Padre-madre: ----- Hijo: ----- Abuelo(a): ----- Otro: -----

		RELIGIÓN	Es un conjunto de creencias religiosas, de normas, de comportamiento propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Cualitativa Politómica Nominal	¿A qué religion o culto religioso pertenece? (f, p) _____
		NIVEL DE ESCOLARIDAD	Ultimo grado cursado o título obtenido en una institución educativa.	Cualitativa Politómica Nominal	Cuál es el nivel de estudio: (f,p). Primario: ----- Secundario: ----- Técnico: ----- universitario: ----- Otro: ----- cual?
		ETNIA	Es la diferenciación de los seres humanos por sus características fenotípicas	Cualitativa Politómica Nominal	¿Pertenece a algún grupo étnico específico? (f, p) Si____ No____ Cual____

		ENFERMEDAD ACTUAL	Estado patológico actual que presenta una persona.	Cualitativa Politomica	¿Cuál es la enfermedad actual del paciente? (p) _____
		ESTADO DE CONCIENCIA	Capacidad que tiene un ser humano de interactuar consigo mismo y con su entorno	Cualitativa Politomica	¿Cuál es el estado de conciencia del paciente? (p)

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	ESCALA	OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE
2. Necesidades del paciente agónico.	Carencia de algo, que interviene con el bienestar y confort del paciente agónico, se deben satisfacer con el fin de evitar una	Biológicas.	Son las que aseguran la subsistencia y el desarrollo del paciente durante su proceso de agonía.	Dolor	Sensación física que produce incomodidad y malestar en el paciente	Cualitativa Dicotómica	Presenta signos de dolor. Si ____ No ____
				Apnea	Interrupción temporal de la respiración.	Cualitativa Dicotómica	Presenta dificultad para respirar. Si ____ No ____

	complicación.						
				Estertores	Ruidos pulmonares anormales que indican deterioro del intercambio gaseoso.	Cualitativa Dicotómica	Presenta estertores. Si ____ No ____
				Nauseas	Sensación de tener ganas de vomitar.	Cualitativa Dicotómica	Presenta nauseas. Si ____ No ____
				Vómito	Expulsión violenta por la boca de contenido alimenticio, sanguíneo, bilioso, fecaloide.	Cualitativa Dicotómica	Presenta vómito. Si ____ Tipo de contenido____ No ____

				Alteraciones del sueño	Circunstancias que impide mantener un dormir placentero, que ofrezca descanso.	Cualitativa Dicotómica	Presenta trastornos del sueño. Si__Cuál?_ No ____
				Deshidratación	Perdida de agua y líquidos en el cuerpo humano.	Cualitativa Dicotómica	Presenta ojos secos. Si ____ No ____ Presenta boca seca. Si ____ No ____
				Fiebre	Aumento de la temperatura corporal por encima de valores normales.	Cualitativa Dicotómica	Presenta estado febril. Si ____ No ____
		a. Psicológicas	Necesidades que buscan mantener una salud mental y emocional óptima.	Delirium	Trastorno de la atención y la actividad psicomotora.	Cualitativa Dicotómica	Presenta delirium (como: alucinaciones). Si ____ No ____

				Confusión	Estado de disminución de la conciencia.	Cualitativa Dicotómica	Presenta signos de confusión (como: desconocimiento a sus familiares, desconocimiento del lugar, tiempo o persona). Si ____ No ____
				Ansiedad	Temor hacia algo.	Cualitativa Dicotómica	Presenta signos de ansiedad (como: temor a estar solo). Si ____ No ____

				Agitación	Estado desagradable de tensión e irritabilidad.	Cualitativa Dicotómica	Presenta signos de agitación (como: retiro de dispositivos médicos). Si ____ No ____
							Presenta signos de irritabilidad (como: agresividad, enojo). Si ____ No ____
				Tranquilidad	Estado de calma, serenidad o paz, que experimenta una persona.	Cualitativa Dicotómica	El paciente ha estado tranquilo ? (PREGUNTA DIRIGIDA AL FAMILIAR) Si ____ No ____

		b. Sociales	Necesidades que obligan al paciente a permanecer en contacto vital con los seres que le rodean y que permitan desempeñarse dentro de una sociedad.	Compañía	Es la cercanía en mismo lugar y tiempo entre las personas.	<p>Cualitativa</p> <p>Dicotómica</p>	<p>Está rodeado de familiares que le ofrecen compañía constantemente.</p> <p>Si ___ No ___</p> <p>Es visitado y acompañado por sus amigos constantemente.</p> <p>(PREGUNTA DIRIGIDA AL FAMILIAR)</p> <p>Si ___ No ___</p>
				Escucha	Es el acto de poner atención a una persona mientras habla.	<p>Cualitativa</p> <p>Dicotómica</p>	<p>Se observa que los familiares escuchan atentamente al paciente.</p> <p>Si ___ No ___ N.A.__(paciente bajo</p>

							sedación)
		c. Espirituales	Necesidades intrínsecas del ser humano donde hay una búsqueda personal del propósito final de su vida.	Apoyo Religioso	Soporte brindado por la religión a la que pertenece la familia con el fin de ayudar.	Cualitativa Dicotómica	Ha manifestado la necesidad de querer realizar algún rito religioso? (PREGUNTA DIRIGIDA FAMILIAR) Si ____ No ____

				Reconciliación	Resolución de las enemistades y discordias entre el paciente agónico con su familia.	Cualitativa Dicotómica	Ha manifestado culpabilidad que le obligan pedir perdón a una persona específica. (PREGUNTA DIRIGIDA AL FAMILIAR) Si ____ No ____
--	--	--	--	----------------	--	------------------------	--

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION	DIMENSIONES	DEFINICION	ESCALA	OPERACIONALIZACION
3. Necesidades de los miembros de la familia	Carencia de algo, que intervienen con el bienestar de la familia las cuales requieren ser satisfechas para no	Biológicas	Son las necesidades que aseguran la subsistencia y el desarrollo del individuo o miembro de una familia	Descanso	Pausa de las actividades diarias con el fin de recuperar energía y relajarse.	Cualitativa Dicotómica	¿En la última semana cuantas horas promedio al día ha acompañado a su familiar? _____ ¿Durante la última semana se ha sentido cansado?

	convertirse en un problema.		que acompaña a su familiar en etapa agónica.			Si ____ No ____
				Sueño	Estado fisiológico de reposo, donde se presenta un estado inconsciente en el que se produce la suspensión de las funciones sensoriales y de los movimientos voluntarios.	¿Durante la última semana ha tenido dificultad para dormir? Si ____ No ____
				Alimentación	Proceso mediante el cual las personas consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de	¿Durante la última semana considera que ha sido buena su alimentación? Si ____ No ____ ¿Por qué? ¿Durante en la última

					recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir.		<p>semana su alimentación ha sido suficiente? Si____ No____ ¿Por qué?_____</p>
				Salud	Condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social.		<p>¿Durante la última semana ha tenido una o varias enfermedades? Si____ No____ Cuál? _____</p>
		Psicológicas	Necesidades que buscan mantener una salud mental y emocional óptima.	Tranquilidad	Estado de serenidad y sosiego que siente una persona para dominar una determinada situación.	Cualitativa Dicotómica	<p>¿Durante la última semana se ha sentido preocupado por el estado actual de su familiar? Si ____ No ____</p>

				Expresión de sentimientos	Es la liberación de pensamientos que permite exteriorizar sentimientos o ideas		¿Durante la última semana ha podido comunicar sus sentimientos y pensamientos a su familia? Si___ No___
				Apoyo emocional	se refiere a entrar en contacto con las emociones básicas de otra persona		¿Durante la última semana Se ha sentido apoyado por el resto de su familia? Si___ No___
		Sociales	Son las necesidades de relacionarse con las personas y entorno.	Comunicación	Proceso mediante el cual se trasmite información de una persona a otra.	Cualitativa Dicotómica	¿El personal de salud le ha explicado el proceso del estado actual de su familiar? Si___ No___

				Educación	Transmisión de conocimientos a una persona para que esta adquiera una determinada formación.		<p>¿Conoce cuáles son los cuidados que usted puede brindarle a su familiar? Si___ No___ Cuales_____</p>
				Escucha	Prestar atención o atender las preocupaciones, dudas o sugerencias de las demás personas.		<p>¿Cree que sus preocupaciones son atendidas por el resto de los miembros de su familia? Si___ No___</p> <p>¿Cree que sus dudas son atendidas por el personal de salud de la institución? Si___ No___</p>

		Espirituales	Pertenece a las necesidades intrínsecas del ser humano donde hay una búsqueda interior de estar en paz consigo mismo y con los demás.	Reconciliación	Resolución de las enemistades y discordias de la familia con el paciente en etapa agónica.	Cualitativa Dicotómica	¿Durante la última semana usted ha podido expresar sus sentimientos a su familiar enfermo? Si___ No___
				Apoyo religioso	Soporte brindado por la religión a la que pertenece la familia con el fin de ayudar.		¿Considera importante que su familiar reciba apoyo religioso? Si___ No___ Cual.-----

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION	SUBDEMENTACIONES	DEFINICION	ESCALA	OPERACIONALIZACION
4. Cuidado enfermero al paciente en etapa agónica	Son las intervenciones realizadas por el personal de enfermería ya sea profesional o auxiliar con el fin de brindar bienestar al paciente que se encuentra en etapa agónica.	Cuidados encaminados hacia las necesidades biológicas.	Intervenciones realizadas con el fin de garantizar el confort y el bienestar del paciente	Conocimientos del personal enfermero		Cualitativa Dicotómica	¿Conoce los signos y síntomas de la etapa agónica? Si___ No___ Cuales_____
				Manejo de dolor	Intervenciones de enfermería realizadas con el fin de disminuir o quitar el dolor.		¿Realiza cuidados para disminuir el dolor al paciente agónico? Si___ No___ Cuales _____
				Manejo de necesidades respiratorias	Intervenciones brindadas con el fin de evitar mayores complicaciones en la función respiratoria del		¿Realiza cuidados para el manejo de la disnea del paciente agónico? Si___ No___ Cuales _____

					paciente agónico.	¿Realiza cuidados para el manejo de estertores en el paciente agónico? Si____ No____ Cuales____
				Manejo de necesidades gastrointestinales	Intervenciones direccionadas a disminuir las molestias de tipo gastrointestinal	¿Realiza cuidados para manejo del vomito en el paciente agónico? Si____ No____ Cuales____ ¿Se realizan cuidados ante la presencia de nauseas? Si____ No____ Cuales____
				Manejo de mucosas secas	Intervenciones que tienen como fin la hidratación de mucosas secas.	¿Realiza cuidados para el bienestar de los ojos del paciente? Si____ No____ Cuales____

							¿Realiza cuidado para el mantenimiento de las mucosas orales? Si___ No___ Cuales_____
		Cuidados encaminados hacia las necesidades psicológicas.	Intervenciones realizadas para mantener un equilibrio mental y emocional del paciente.	Manejo de delirium	Intervenciones realizadas con el fin de controlar alteraciones de la conciencia, cambios en las funciones cognitivas y alteraciones perceptivas.	Cualitativa Dicotómica	¿A quién se realiza cuidados para el manejo de agitación, desorientación y demencia? Si___ No___ Cuales_____
				Manejo de depresión	Intervenciones realizadas con el fin de controlar ideas depresivas.		¿Se realizan cuidados ante la aparición de ideas depresivas? Si___ No___ Cuales_____
		Cuidados encaminados hacia las necesidades sociales	Intervenciones realizadas con el fin de lograr el mantenimiento	Comunicación	Es la transmisión verbal o no verbal de información entre alguien	Cualitativa Dicotómica	¿Usted proporciona el tiempo necesario para comunicarse con el paciente agónico? Si___

			nto de relaciones interpersonales y contacto con el entorno adecuados.		que quiere expresar una idea y quien la escuche.		No___ ¿Mantiene la comunicación entre la familia y el paciente? Si___ No___
				Compañía	Presencia de una persona junto al paciente con el fin de que este no este solo.		¿Promueve la compañía del paciente agónico con su familia? Si___ No___
		Cuidados encaminados hacia las necesidades espirituales.	Intervenciones de enfermería realizadas con el fin de lograr que el paciente encuentre su paz	Manejo del ámbito espiritual del paciente	Actividades dirigidas a la búsqueda de la paz interior a través de la reconciliación y el perdón.	Cualitativa Dicotómica	¿Realiza cuidados espirituales al paciente agónico? Si___ No___ Cuales___

			interior.				
--	--	--	-----------	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION	ESCALA	OPERACIONALIZACION
5. Cuidado enfermero a la familia del paciente en etapa agónica	Cuidados brindados por el personal de enfermería con el fin de satisfacer las necesidades de la familia del paciente agónico.	Cuidados encaminados a las necesidades biológicas	Intervenciones de enfermería cuya satisfacción permite gozar a la familia de niveles propios de su condición fisiológica.	Cualitativa Dicotómica	<p>¿Realiza acciones que le permitan a la familia del paciente agónico cubrir las siguientes necesidades biológicas?</p> <p>Descanso: Si__ No__ Sueño: Si__ No__ Alimentación: Si_ No_ Salud: Si__ No__</p>

		Cuidados encaminados a las necesidades psicológicas	Intervenciones de enfermería dirigidas a mantener un bienestar mental y emocional de la familia.		¿Realiza acciones que le permitan a la familia del paciente cubrir las siguientes necesidades psicológicas? Expresión de sentimientos: Si_ No_ Tranquilidad: Si_ No_ Apoyo emocional: Si____ No____
		Cuidados encaminados a las necesidades sociales	Intervenciones de enfermería dirigidas a promover relaciones interpersonales apropiadas y favorables.		¿Realiza acciones que le permitan a la familia del paciente cubrir las siguientes necesidades sociales? Comunicación: Si_No_ Educación: Si__ No____ Escucha: Si____ No____
		Cuidados encaminados a las necesidades espirituales	Intervenciones de enfermería dirigidas a la carencia de sentido y significación a la vida en relación con la		¿Realiza acciones que le permitan a la familia del paciente cubrir las siguientes necesidades espirituales?

			trascendencia y religiosidad.		Reconciliación: Si_ No_ Apoyo religioso: Si_ No_
--	--	--	-------------------------------	--	---



Universidad
del Cauca

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA
SALUD PROGRAMA DE
ENFERMERIA**

**NECESIDADES DEL PACIENTE AGÓNICO Y SU FAMILIA: CUIDADO DE
ENFERMERÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN 2014-2015**

LISTA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE AGÓNICO Y SU FAMILIA

ETAPA AGÓNICA: CONCEPTO

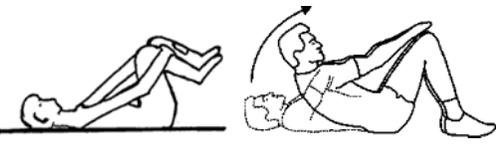
Etapa que precede a la muerte, en la que la vida se extingue gradualmente comprendiendo el agotamiento total de la reserva fisiológica del organismo, manifestándose en los siguientes signos:

- Deterioro evidente y progresivo del estado general
- Pérdida del tono muscular con debilidad e incontinencias
- Cambio en los signos vitales con enlentecimiento en la circulación y trastornos respiratorios
- Afectación sensorial: Somnolencia, y dificultad en la comunicación
- Dificultad e incapacidad para ingerir alimentos
- Síntomas psicológicos variables: crisis de ansiedad y agitación

Además Menten y Hufkens describen ocho signos característicos de la etapa agónica:

- Nariz fría y blanca
- Extremidades frías
- Livideces
- Labios cianóticos
- Somnolencia > 15h/d
- Estertores
- Pausas de Apnea > 15"
- Anuria <300ml/d

Cuando de 1 a 3 de estos signos están presentes se puede hablar de situación de pre agonía. Si están presentes más de 4, el 90% de los enfermos fallecen en menos de 4 días.

SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES DURANTE LA DE AGONÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar calor local cuando se presentan espasmos. • Aplicar frío local durante 15 a 20 minutos cuando se presenta dolor. • Realizar cambios posturales antiálgicos como flexión de caderas y ante flexión del tronco. <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>flexión de cadera</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>ante flexión del tronco</p> </div> </div> <p>En caso de que los cambios de posición resulten demasiados dolorosos para el paciente es recomendable no hacerlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la temperatura de la habitación entre 15° a 20 °C. • Administrar opioides según orden médica. • Enseñar al paciente la respiración que favorece la relajación que puede ir acompañada de visualizar el color verde para la inhalación y azul para la exhalación. La técnica de respiración relajante consiste en inhalar por la nariz (contando hasta 4) y exhalar por la boca (contando hasta 8). • Utilizar la música y los aromas como medios terapéuticos. VER ANEXO

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar masajes, utilizando aceites esenciales relajantes como el de almendras o que tengan olores como lavanda, eucalipto, hierba buena, manzanilla, y sándalo. VER ANEXO
DISNEA	<ul style="list-style-type: none"> • Suministrar oxígeno según orden médica • Proporcionar un ambiente fresco, abriendo ventanas y/o colocando ventiladores, que permitan aire fresco hacia la cara del paciente • Evitar que la familia forme un círculo cerrado sobre el paciente. • Proporcionar tranquilidad evitando ruidos y molestias. • Aflojar la ropa soltando cinturones y botones para evitar presiones innecesarias. • Colocar al paciente en la posición que resulte más cómoda como la semifowler. • Permitir el acompañamiento permanente, ya sea de un familiar o amigo. • Educar al cuidador principal para que colabore con los ejercicios respiratorios y de relajación del paciente.
ESTERTORES	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en posición decúbito lateral para facilitar el drenaje de las secreciones. • No aspirar secreciones. • Explicar a la familia que la presencia de estertores no significa que esté sufriendo o que no pueda respirar, con el fin de tranquilizarlos.

<p>NÁUSEAS VÓMITO</p>	<p>Y</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el lugar relajado y tranquilo, proporcionando la temperatura del ambiente y buena ventilación como ya se enunció anteriormente. • Colocar al paciente en posición semi-fowler. • Proporcionar alimentos en pequeñas cantidades y a su libre demanda. • Ofrecer alimentos de fácil digestión (poca grasa, poca fibra), evitando alimentos como productos lácteos, y frutas ácidas. • Proporcionar hidratación oral con líquidos frescos. También podrá utilizarse hielo. • En caso de administrar hidratación parenteral no exceder 1000 ml/día. • Proporcionar descanso después de ingerir alimentos, mantener al paciente durante una hora en posición semi fowler. • Evitar los olores que puedan ser fuertes y desagradables para el paciente. • Dar infusión de manzanilla. • Mantener una buena higiene oral después de consumir alimentos y después de haberse producido el vómito. • Ofrecer musicoterapia receptiva: colocar música de movimientos de olas, y música con instrumentos como el contrabajo, el oboe y el violonchelo. VER ANEXO
---------------------------	----------	--

<p>ALTERACIONES DEL SUEÑO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar apoyo psicológico, dependiendo su estado puede ser por el personal de enfermería o por un psicólogo. El apoyo puede brindarse favoreciendo la escucha activa, facilitando la expresión de dudas o dificultades, y permitiendo el acompañamiento familiar. • Controlar otros síntomas como dolor, vómito etc. que obstaculizan el sueño • Permitir que empiece a dormir siempre en la misma hora lo que mantendrá el ciclo de vigilia y sueño • Propiciar un ambiente agradable con luces apagadas o tenues, sin presencia de ruidos y con temperatura confortable. • Evitar en lo posible despertar para dar medicamentos. Adaptar los horarios de medicación según el ciclo de vigilia y sueño. • Movilizar al paciente cada dos horas en las diferentes posiciones utilizando cojines para mayor comodidad. En caso de que la movilización genere dolor es recomendable no realizarlo.
<p>OJOS SECOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratar los ojos con suero fisiológico o lágrimas artificiales. • Limpiar los ojos con gasas humedecidas en agua de manzanilla. • Aplicar vaselina en los párpados durante la noche.
<p>FIEBRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la temperatura ambiente y una buena ventilación como se enunció anteriormente. • Proporcionar al paciente ropa fresca. • Usar ropa de cama limpia y fresca. • No restringir los líquidos. • Colocar pañitos de agua tibia en lugares de mayor

	calor como la frente, axilas y cuello.
DELIRIUM	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar las causas que están produciéndolo como el dolor • Proporcionar un entorno tranquilo con luz tenue, poco ruido y temperatura adecuada. • Utilizar tono de voz suave
BOCA SECA	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar limpieza con cepillo suave o con gasa. Limpiar la boca incluida la lengua por lo menos dos veces al día con una solución de: -3/4 partes de s. fisiológico +1/4 de agua oxigenada o 1 cuch. bicarbonato + 1 vaso de agua o sidra + soda al 50% • Humidificar la boca con infusión de manzanilla y limón cada 2 a 4 horas. • Para inhibir la formación de placa bacteriana; usar solución de clorhexidina 0,2%, o yodo solución acuosa diluido en pequeñas cantidades cada 12 horas. • Enjuagar la boca antes y después de las comidas con bicarbonato o solución salina. • Proporcionar pequeñas cantidades de jugos cítricos (naranja o mandarina) • Hidratar los labios con crema de cacao o aceite de almendras. • Se recomienda para aumentar la salivación: Consumir caramelos sin azúcar. Aplicar cubitos de hielo de zumo de frutas. Comer trozos de piña natural (no en almíbar). Aplicar saliva artificial.

AGITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicamentos según orden médica. • Informar inmediatamente al médico o jefe cuando se presente • Explorar temores y deseos del paciente mediante el diálogo, de una manera amigable y con seguridad. • Permitir la expresión del paciente mediante la escucha activa • Tranquilizar al paciente • Brindar un ambiente seguro. como cama con barandas elevadas, acompañante permanente, y si es necesario utilizar la sujeción • Educar a la familia y fomentar la participación de esta en cuidados que pueda realizar. • Disminuir estímulos ambientales como ruido, luces fuertes o el acercamiento de personas que lo irriten más.
DESORIENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente en tiempo lugar y persona, saludándolo por su nombre y recordándole donde esta y el día. • Proporcionar un ambiente seguro
DEMENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigirse al paciente por su nombre, hablándole despacio. • Involucrar al paciente en actividades basadas en la realidad • Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas. • Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones

	<p>basadas más en la realidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener camas con barandas elevadas • Utilizar medidas de sujeción si es necesario
IDEAS DEPRESIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar control con psicología • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional • Explorar con el paciente los sucesos que han desencadenado las emociones. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad

6 CUIDADOS A LA FAMILIA DEL PACIENTE AGÓNICO

Al igual que el paciente agónico, la familia también tiene unas necesidades que deben ser atendidas por el equipo de enfermería. Entre los cuidados que se pueden realizar se encuentran:

- Explicar a la familia la nueva situación de su familiar y comentar como y cuando podría ser su muerte de tal manera que ellos puedan planificar su despedida, para lo cual es necesario brindar espacios donde toda la familia lo pueda visitar permitiendo la expresión de emociones y la reconciliación.
- Explicar el estado del paciente y la sintomatología que presentará a medida que pasen los días con el fin de preparar a la familia para este momento.
- Se recomienda informar a la familia sobre redes de apoyo existentes en esa institución, que les puedan brindar ayudas en su alimentación y

descanso. Además de proporcionarles tranquilidad en la medida de lo posible con el fin de que su salud no se vea quebrantada.

- Es necesario que el equipo de enfermería se mantenga en una interacción continua donde se brinde una escucha activa, respuesta a preocupaciones, comprensión de reacciones emocionales, disponibilidad ante dudas e inquietudes.
- Involucrar a la familia en la realización de cuidados de confort para el paciente como: masajes, ambiente confortable, con el fin de mantener ese acercamiento de familiar y paciente.
- Recordar a la familia la importancia de la comunicación verbal como no verbal aun cuando el paciente esté con un nivel muy bajo de conciencia.
- Explicar el proceso de muerte con el fin de que la familia se vaya adaptando a los cambios que se van produciendo, informar sobre los trámites administrativos después de la muerte, procurando no implicar al cuidador principal o al más emocionalmente afectado.
- Facilitar las manifestaciones y ritos según sus creencias, cultura y religión, permitiendo la entrada de sacerdotes, pastores etc.

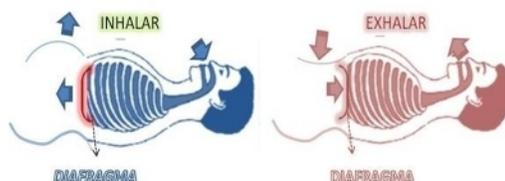
7 ANEXO

A continuación se especifican algunas actividades sugeridas dentro de los cuidados para manejar el dolor, que es un síntoma que puede agobiar al paciente terminal:

8 PARA EL MANEJO DE DOLOR

- **Técnicas de relajación:**

Con la respiración: se le pedirá al paciente que inhale por la nariz y exhale por la boca, contando hasta cuatro durante la inhalación y 8 durante la exhalación. También se puede pedir que imagine los colores que más le guste por ejemplo verde para la inhalación y azul para la exhalación.



Con la visualización: en conjunto con la respiración se puede pedir al paciente que imagine momentos felices de su vida que le provoquen sensaciones placenteras o de alegría.

- **Musicoterapia**

Esta puede ser vibro acústica a través de cuencos sonoros tibetanos y el didgerido (instrumento de viento ancestral utilizado por los aborígenes de Australia). El paciente puede elegir trabajar con canciones, escuchándolas, cantándolas, visualizar e imaginar libremente mientras escucha, sabiendo que es un medio a través del cual se trabaja el relajamiento y el alivio al dolor (El cóndor pasa: música instrumental peruana).

A través de los años diversos estudios han demostrado que la música puede ser utilizada como una terapia alternativa para disminuir las molestias de los diferentes síntomas que experimentan los pacientes que se encuentran en la etapa agónica. A continuación se presentan algunos usos de la musicoterapia y su melodía:

Para el dolor:

- David Hudson - Bali Doo.
- David Hudson - YIGI YIGI.
- David Hudson – Roo.
- David Hudson – Aircave.
- David Hudson – Earthbounding.

Para síntomas digestivos:

La aplicación de música para las náuseas y vómitos es la musicoterapia receptiva en el que se utilizan sonidos dotados de notas graves a bajo volumen que resultan agradables al oído como música de movimientos de olas, el contrabajo y el violonchelo.

- J.C. Bach – Adagio.
- Niccoló Paganini - Alla inglesa.
- J. SEBASTIAN BACH.- Suite Nº 1 para Violonchelo solo en Sol mayor.
- Vivaldi – concierto de oboe en D Menor.
- Antonio Vivaldi - concierto para oboe y orquesta en la menor.

En casos de diarrea es preferible que el paciente escuche música pasivamente a través de notas musicales clásicas.

- Stivell - Renacimiento del arpa.
- Debussy – claro de luna.
- Albinoni - Adagio.
- **Masajes**

Se realizan con el tacto, quien realice el masaje (equipo de enfermería o cuidador) puede realizar movimientos lentos para que el paciente no se asuste, avisar siempre lo que se va hacer, adaptar su propio ritmo al ritmo del paciente. Repetir los movimientos ayuda, el paciente se acostumbra y después de varios masajes la confianza crece entre cuidador y paciente.

Presión superficial: puede practicarse con los dedos, con el talón de la mano o con toda la mano. Sobre la columna vertebral las presiones se ejecutan con el puño cerrado. Son considerados como acariciamiento profundo.

Deslizamiento: son maniobras superficiales, se realizan de forma lenta y precisa desde la raíz de los miembros hasta la base de estos.

- **Aromaterapia**

Es una forma de la medicina alternativa que usa aceites esenciales y extractos de plantas para los tratamientos de ciertos males, basándose principalmente en aplicar, inhalar o ingerir ciertos extractos del mundo vegetal.

Esta terapia puede aportar confort en la última fase de la vida, sobre todo en aquellos pacientes que se encuentran en etapa agónica por sus diferentes usos tales como:

- Aceites de rosa, lima y jazmín: calmante y sedante.
- Bergamota o lavanda: Ayuda a conciliar el sueño y olvidar la sensación de dolor.
- Manzanilla: antiinflamatoria, analgésica, calmante, sedante, antiséptica y descongestionante.
- Cedrón, valeriana, rosa y tilo: juntos son un tónico para calmar los dolores.

Para finalizar, estas terapias pueden realizarse por separado o involucrarse varias de ellas a la vez para obtener mayores beneficios.

ELABORADO POR:

YESICA DIAZ GOMEZ

DEISY FUENTES BENITEZ

JUAN DAVID GOMEZ CHICAIZA

NELSON IVAN ORTEGA CAÑAS

LUISA FERNANDA SALAZAR CERÓN

LEIDY CAROLINA TRUJILLO COAJÍ

ASESORADO POR:

Enf. Mag. Esp. MARIA DEL PILAR RESTREPO de Paz

BIBLIOGRAFÍA

ALLENDE PÉREZ, Silvia Rosa. VERÁSTEGUI AVILÉS, Emma “El periodo de la agonía”. {En línea} {30 de agosto de 2014 hora 2:00 pm} disponible en: (http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=139&id_seccion=2291&id_ejemplar=9742&id_articulo=99991).

IRURZUN ZUAZÁBAL, Josu. “Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal” {En línea} {1 de septiembre de 2014} disponible en: (<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t170.pdf>).

ALONSO Alberto, VILCHES Yolanda, DÍEZ Leyre. Atención en la agonía. En: Psicooncología. Vol. 5, No 2-3 (falta mes. 2008) p. 279-301

BUIGUES MENGUAL Francisco, MAS SESÉ Gemma, Et al. “Paciente terminal, guía de atención clínica” {En línea} {1 de septiembre de 2014} disponible en: (<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>)

IGLESIAS LEPINE María L, Lapuente A. “Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias”,{En línea} {30 de Agosto de 2014} Disponible en: (<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3220613>)

LÓPEZ TORRES, Mónica Liliana. Significado de las experiencias del profesional de enfermería ante el proceso de la muerte de un paciente en la unidad de cuidado intensivo adulto, Chia 2012,97p. Trabajo de investigación (magíster en enfermería). Universidad de la sabana. Facultad de enfermería y rehabilitación.

ASTUDILLO, Wilson, CASADO DA ROCHA Antonio, MENDINUETA Carmen. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. San Sebastián: Sociedad vasca de cuidados paliativos, 2005.448p

CURTIS JR, PATRICK DL, ENGELBERG RA, NORRIS K, ASP C. Una medida de la calidad de morir y la muerte. La validación inicial a través de entrevistas después de la muerte con los miembros de la familia. {En línea} {11 de septiembre 2014}. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12183092>.

LAUTRETTE A. “Una estrategia de comunicación y un folleto para los familiares de los pacientes que mueren en la UCI”. {En línea} {11 de septiembre 2014}. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267907>.

LEY 1384 DE 2010. Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

Ley 1733 del 08 de Septiembre de 2014 que regula los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles.

ENRIC, Benito, BARBERO, Javier. PAYÁS, Alba. “el acompañamiento espiritual en cuidados paliativo, una introducción y una propuesta”. {En línea} {12 de septiembre de 2014}. Disponible en: http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/guia_espiritualidad_secpal_2008_116.pdf

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

Ética, Bioética y Legalidad en los Cuidados Paliativos. {En línea} {22 de Septiembre de 2014}; disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1294868609.pdf>

Antecedentes de los cuidados paliativos. {En línea} {22 de Septiembre de 2014}; Disponible en: <http://www.aseedar-td.org/revistas/articulos/04-4.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, GOBIERNO DE ESPAÑA. “Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos” {Fecha de consulta 24/02/15} {En línea}. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf

BOCETA OSUNA J. “Sobre cuidados paliativos (c,p), atención en la agonía, sedación y otros asuntos”. {Fecha de consulta 23/04/15} {En línea}. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n3/07.pdf>

EQUIPO CONSULTOR DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITAL DONOTIA. “Guía de enfermería en cuidados paliativos” {Fecha de consulta 24/02/15}. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-sida01/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/GuiaCuidadosPaliativosC.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD “Cuidados paliativos Guías para el manejo clínico”. {Fecha e consulta 23/02/15} {En línea}. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?gid=18717&option=com_docman&task=doc_download.

PROGRAMA ARGENTINO DE MEDICINA PALIATIVA, FUNDACION FEMEBA. “Cuidado paliativo, guías de tratamiento para enfermería” {Fecha de consulta 26/02/2015} {En línea}. Disponible en: <http://www.ieproes.edu.sv/siab/textocompleto/manualenfermeria.pdf>

BASE DE DATOS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS DEL JOANNA BRIGGS INSTITUTE “Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática”. {Fecha de consulta el 25 de febrero del 2015) {En línea}. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/210889-RS-DOLOR-CRONICO-ESPANOL.pdf>

GRUPO DE TRABAJO DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE CASTILLA Y LEÓN. “Alimentación en el enfermo terminal”. {Fecha de consulta 26/02/15} {En línea}. Disponible en: http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=255&sel=315&id=495&id_alone=495