

ENFERMERIA

El Instituto tiene una larga trayectoria en la formación de personal de enfermería.

En el año 1924, el Dr. Ángel H. Roffo, creó la Escuela de Enfermería del Instituto con el invaluable aporte e intensa dedicación de Helena Larroque de Roffo, conciente del impacto del cáncer en la morbimortalidad de la población y de la fundamental necesidad de contar con enfermeras especialmente preparadas para responder a las necesidades del enfermo con cáncer, brindando cuidados de enfermería especializados e individualizados, acordes a la complejidad de la enfermedad y de los tratamientos, con un neto enfoque humanístico,

La organización de la Escuela estaba fundamentada en los postulados formulados por la primera Nurse Florence Nightingale y se completó con la creación de la nurse visitadora de cáncer para la atención domiciliaria de los enfermos.

En la actualidad se define a la enfermería oncológica como la prestación de cuidados enfermeros competentes, dentro de un equipo interdisciplinar con criterios de atención unificados, al individuo, familia y comunidad en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención hasta la asistencia del paciente y familia en situación terminal.

La palabra cáncer tiene connotaciones particularmente estresantes, tanto para el enfermo como para la familia y su respuesta ante el diagnóstico dependerá de diferentes factores culturales y sociales.

Las cuatro modalidades para el tratamiento del cáncer son la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y la bioterapia, en cada una de ellas enfermería debe basar la planificación de los cuidados en la identificación de las necesidades del paciente, prevención de las complicaciones y educación.

CIRUGÍA

En el pre-operatorio, los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía mayor pueden sentirse más confortados hablando con pacientes que convalecen de una operación similar y por consiguiente que haya tenido que enfrentarse a un problema análogo.

Todas las medidas que se emplean en la preparación del paciente antes de la operación deben ser registradas, como así también cualquier síntoma o reacción del paciente que pueda tener alguna influencia en la administración de la anestesia o en el procedimiento operatorio a seguir.

El cuidado de enfermería debe dirigirse a:

- Reducir la ansiedad mediante una adecuada explicación de los procedimientos pre y postoperatorios
- Mantener o mejorar el estado general: valorar estado nutricional, integridad de la piel, tratamientos previos.
- Preparación preoperatorio de acuerdo al tipo de cirugía planificada.
- Prevención de complicaciones

El postoperatorio comprende dos etapas : La primera, de recuperación de la anestesia y del trauma producido por la cirugía, y la segunda, de rehabilitación del paciente, que se extiende hasta que le es posible realizar gran parte de sus actividades normales.

El cuidado de enfermería debe dirigirse a:

- Mantener una posición fisiológica adecuada al tipo de intervención quirúrgica realizada.
- Evaluación del nivel de conciencia
- Mantenimiento de la temperatura corporal.
- Valoración de la permeabilidad de la vía aérea
- Valoración y control de la herida quirúrgica, colgajos, drenajes, vendajes.
- Valoración de signos y síntomas.
- Valoración del dolor
- Administración del tratamiento prescripto y valoración de la respuesta

- Prevención de complicaciones.
- Fomentar la deambulación precoz.
- Valoración de trastornos emocionales del paciente y familia
- Educación previa al alta.

En general para prevenir infecciones se debe respetar:

- El lavado de manos de todo el personal de salud y las visitas.
- Las normas de Bioseguridad universales específicas para cada praxis.
- Las normas de limpieza hospitalaria.

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Anatómicamente la región del cuello constituye una zona donde se concentra una cantidad de estructuras vitales, por tanto enfermería debe desarrollar una gran capacidad de observación aunada a un amplio conocimiento anatomofisiológico para poder detectar con presteza signos y síntomas de alteración de funciones vitales que presente el paciente.

La cirugía de los tumores de cabeza y cuello pueden afectar en forma permanente o transitoria las funciones de fonación, deglución y respiración por alteración de las vías aéreas altas

Cuidados del paciente durante el postoperatorio

Están dirigidos a:

Mantener la permeabilidad de la vía aérea alta

- Posición de Fowler
- Cabeza apoyada sobre almohada
- Nebulizaciones
- Kinesia respiratoria
- Aspiración de secreciones
- Cuidados de traqueostomía
- Oxigenoterapia, según indicación

Mantener el equilibrio hidroelectrolítico y nutricional

- Administración y control de plan de hidratación
- Balance de ingresos y egresos
- Higiene escrupulosa de la boca
- Control de permeabilidad e la sonda nasogástrica
- Administración y control de alimentación enteral

Prevenir complicaciones.

- Detección de signos y síntomas de hemorragia
- Detección de signos y síntomas de dificultad respiratoria
- Control meticuloso de la zona del colgajo
- Cuidado y control de la zona dadora.
- Control de la permeabilidad de los drenajes
- Detección de signos y síntomas de alteración de la herida quirúrgica y zona adyacentes
- Control de signos vitales: TA, Fc resp., Fc card., T^o, con una frecuencia que depende del tipo de cirugía realizada

Favorecer la deambulación precoz

- Movilización y cambios de decúbito
- Ejercicios pasivos de miembros inferiores
- Deambulación precoz

Brindar apoyo emocional

- Explicar al paciente y familia los procedimientos que se realizarán, desde el momento de su ingreso a la unidad.
- Mostrar una actitud segura y serena
- Establecer códigos de comunicación escrita o con símbolos
- Suministrar elementos para la comunicación
- Detenerse, observar y escuchar al paciente y la familia

Cuidado del Paciente con Traqueostomía

Están dirigidos a:

- Satisfacer las necesidades ventilatorias del paciente, manteniendo la funcionalidad de la vía aérea; controlar los riesgos de complicaciones; y atender las necesidades psicológicas y de comunicación alteradas por el procedimiento.
- Evaluar y vigilar de manera constante al paciente durante las primeras horas.
- Controlar los signos vitales cada 2 o 4 horas. (en el inmediato)
- Auscultar los sonidos respiratorios e informar al médico, en caso de sonidos respiratorios disminuidos o ausentes.
- Administrar oxígeno o ventilación mecánica, según indicación
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Humidificar y aspirar las secreciones. La aspiración debe realizarse con técnica estéril en el postoperatorio inmediato, y posteriormente con técnica limpia.
- Hiperinsuflar e hiperoxigenar los pulmones del paciente durante 4 o 5 respiraciones antes de aspirarlo.

Confort del paciente

Elevar la cabecera de la cama de 45° a 65°. Esto facilita la ventilación y el drenaje, y a la vez disminuye el edema y previene la tensión en las líneas de sutura. Realizar la limpieza del área de Traqueostomía con el fin de mantener limpia y seca la piel. Se utilizará técnica aséptica y la solución prescrita. Se debe evitar la introducción de la solución en la Traqueostomía, ya que produce irritación de las vías aéreas.

Colocar gasas (de 10x10 cm.) a modo de babero debajo del tubo de Traqueostomía.

Tratar el dolor según indicaciones. Los analgésicos y sedantes se administran con precaución, ya que no es aconsejable deprimir el reflejo de la tos. Ayudar y enseñar al paciente a girarse, toser y respirar profundamente cada dos horas. Realizar higiene bucal con soluciones antisépticas.

Permanecer cerca del paciente tanto tiempo como sea posible, ya que éste necesita que se le tranquilice ante el temor de asfixiarse mientras duerme, facilitarle medios para comunicarse.

Alimentación Enteral

Los preparados distribuidos en frascos rotulados, provienen del Servicio de alimentación y permanecen en la heladera hasta media hora antes de administrarlo.

La alimentación enteral se realiza en goteo por gravedad, de 8 a 20 hs, con un flujo variable de acuerdo al volumen / día de alimento indicado, teniendo en cuenta que la fórmula preparada no debe permanecer más de seis horas a temperatura ambiente.

En caso de suspenderse la administración de una dieta por un tiempo mayor a 3 horas, (por la realización de una prueba diagnóstica o por la aparición de complicaciones) se debe descartar el preparado, registrando el hecho (hora y causa de suspensión, volumen desechado) en la hoja de enfermería.

Cuando la alimentación es a través de una sonda nasogástrica, durante la administración de la dieta y hasta una hora después de finalizada la infusión, el paciente debe permanecer semi-sentado, con el objetivo de evitar la regurgitación y disminuir el riesgo de broncoaspiración.

Valore los ruidos intestinales antes de la alimentación inicial y, posteriormente, una vez al día como mínimo.

Valore el volumen gástrico residual antes de cada alimentación o cada 4-8 horas en caso de pauta continua. (Si el enfermo recibe alimentación por sonda desde hace tiempo y no ha presentado síntomas GI u otros problemas, tal vez baste con controlar el volumen residual una vez al día.)

Si el volumen residual es superior a 100 ml o supera en más de un 10-20% el ritmo horario de alimentación, demore ésta entre media hora y una hora, y después realice una nueva valoración. Así mismo, determine la existencia de distensión abdominal, náuseas o vómitos. Interrumpa la administración si detecta algún problema GI.

Para mantenerla permeable, irríguela con 30-60 ml de agua en las siguientes ocasiones:

- Antes y después de cada alimentación intermitente.
- Al menos cada 4 horas durante la alimentación continua.
- Antes y después de administrar una medicación.
- Después de obtener y devolver aspirado gástrico, mientras comprueba la colocación de la sonda y el volumen residual.

Las medicaciones son una causa frecuente de bloqueo de la sonda . Para reducir al mínimo los problemas, siga estas directrices:

- Siempre que sea posible, administre la formulación líquida del fármaco.
- Diluya adecuadamente el fármaco antes de administrarlo. Las soluciones viscosas aumentan el riesgo de oclusión.
- Si el fármaco sólo existe en forma de tableta o cápsula, pregunte al farmacéutico si puede triturarse o, en caso de cápsulas, abrirse. Nunca triture o abra medicamentos con cubierta entérica. Es posible abrir ciertas cápsulas de liberación prolongada, pero nunca debe triturar los pequeños granitos que hay en su interior.
- Muela las tabletas lo más fino posible y después disuelva el polvo en agua tibia. Si puede abrirse una cápsula, disuelva su contenido en agua tibia
- Irrigue la sonda con agua tibia (no caliente) antes y después de administrar la medicación.
- Si está administrando más de una medicación, no las mezcle. Entre una y otra, irrigue la sonda con 5-10 ml de agua.
- No mezcle los medicamentos con la fórmula alimenticia, ya que podría provocar interacciones indeseables entre el fármaco y los nutrientes.

RADIOTERAPIA

Radioterapia externa

- Información de los procedimientos.
- Información sobre manejo en el hogar, de los efectos secundarios esperados, de acuerdo a la zona irradiada.
- Cuidado de la piel:

Las siguientes directrices para el cuidado cutáneo pueden prevenir reacciones o disminuir su intensidad:

- Lávese la piel con agua tibia, no caliente. Después de lavarse, séquese mediante leves golpecitos con una toalla suave. No permanezca en remojo en la bañera. No borre los campos de tratamiento durante el baño, emplee un jabón suave no perfumado que no le seque la piel.
- No emplee productos perfumados o con polvo en la piel tratada.
- Protéjase la piel del calor, el frío y la luz solar. Use una loción antisolar con factor protector 15 o más elevado (se indica en el frasco). Protéjase la cara y el cuello con un pañuelo o con un sombrero de ala ancha. Lleve prendas de vestir holgadas. Las ropas ceñidas y los cinturones friccionan y dañan la piel que ya está sensibilizada.
- No lleve apósitos adhesivos en la piel irritada.

Radioterapia Interna con fuentes selladas

Preparación del paciente:

- Información del procedimientos y las restricciones del período postoperatorio
- De acuerdo a la localización del implante puede requerir reposo en cama, decúbito dorsal obligatorio, dieta especial, sonda vesical o sonda nasogástrica
- Aislamiento temporal, permanencia en la habitación con la puerta cerrada mientras tenga colocadas las fuentes.
- Enfermería permanecerá en la habitación sólo para la realización de los procedimientos esenciales.

Medidas de Bioseguridad:

El personal asignado a la atención de estos pacientes deberá respetar la triada:

- **Blindaje:** uso de dosímetro individual y de pantalla protectora
 - **Tiempo:** reducir al mínimo posible el tiempo empleado en los procedimientos
 - **Distancia:** durante la permanencia en la habitación, conservar un metro de distancia de la fuente radiactiva
-
- Símbolo estándar de radiactividad en la puerta de la habitación.
 - Bandeja conteniendo guantes de látex, pinza larga y contenedor de plomo, para casos de accidente
 - Idealmente las habitaciones deben ser individuales, caso contrario las camas deben guardar una distancia de 2 a 5 metros.
 - Pantalla plomada protectora rodante, en cada habitación.
 - Las visitas no deben permanecer en la habitación mas de 30 minutos en 24 horas. No se permite el ingreso de menores de 18 años, mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo

Precauciones especiales:

- Observar signos de desalojo de los implantes. Si observa algún implante, colóquese los guantes, tómelo con la pinza larga, colóquelo en el contenedor, registre el hecho y comuníquelo al radioterapeuta.
- Las secreciones corporales y los materiales no son radiactivos
- El paciente no emite radiaciones una vez que se retira el implante

Radioterapia Interna con fuentes sin sellar

Preparación del paciente:

- Información del procedimientos y las restricciones del período postratamiento
- Aislamiento temporal, permanencia en la habitación con la puerta cerrada
- El paciente deambula y realiza su cuidado personal, si su estado general se lo permite
- Enfermería permanecerá en la habitación sólo para la realización de los procedimientos esenciales.

Medidas de Bioseguridad:

- Símbolo estándar de radiactividad en la puerta de la habitación.
- Las habitaciones deben ser individuales
- Las visitas no deben permanecer en la habitación mas de 30 minutos en 24 horas. No se permite el ingreso de menores de 18 años, mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo

Precauciones especiales:

Las secreciones corporales pueden ser radiactivas

- Usar guantes para manipular elementos o equipos que puedan haber estado en contacto con secreciones o fluidos corporales y recipientes de desechos.
- Lavarse muy bien las manos después de sacarse los guantes.
- Los elementos no desechables (equipos, ropa de cama manchados con fluidos corporales) no deben retirarse de la habitación hasta revisar el nivel de radiactividad
- Los elementos manchados con secreciones deben colocarse en bolsa plástica cerrada y no deben retirarse de la habitación hasta revisar el nivel de radiactividad
- Las heces, orina y vómitos, de acuerdo a la dosis administrada, se desecharan en el baño instruyendo al paciente para que descargue la cisterna dos o tres veces después de utilizarla, o se mantendrán en recipientes tapados hasta la caducidad de la vida media de la fuente radiactiva.
- Es conveniente utilizar camisolín y botas descartables ante la posibilidad de contaminación inadvertida
- Utilizar vajilla descartable
- Si la enfermera se contamina la piel, lavar la zona por arrastre con abundante agua, lo antes posible

BIOTERAPIA

El tratamiento con agentes biológicos cada vez se generaliza más y los agentes nuevos y las combinaciones novedosas de agentes seguirán abriéndose paso en el entorno clínico.

Como educadoras, mediadoras y cuidadoras, las enfermeras son figuras clave para facilitar el cuidado de los pacientes que reciben agentes biológicos.

Las enfermeras que trabajan en esta área tendrán la obligación de permanecer actualizadas y la oportunidad de estar a la vanguardia en el desarrollo de estándares de atención para los pacientes que reciben bioterapia.

Las enfermeras pueden aprovechar su experiencia en el cuidado de los efectos secundarios de la quimioterapia para superar las dificultades en el control de la toxicidad específica de la bioterapia.

Cuidados de Enfermería

Educar a los pacientes acerca de los agentes biológicos que van a recibir, prepararlos para participar en los estudios clínicos experimentales, describir los efectos secundarios y la forma de afrontarlos y educarlos para la autoadministración de los medicamentos, la valorización precoz de las necesidades y obstáculos en el aprendizaje (deficiencias y disfunciones físicas, psicológicas y verbales), el uso de materiales escritos y audiovisuales apropiados para reforzar la enseñanza, diseñar un plan específico de enseñanza para el paciente y registrarlo en la historia clínica.

- Discutir la enfermedad y las razones del uso de la bioterapia
- Describir el tratamiento y las pruebas diagnósticas y de laboratorio asociadas, las consultas clínicas, la hospitalización y otros requisitos especiales.
- Mencionar los efectos secundarios comunes provocados por los fármacos y las estrategias específicas para su control.
- Conocer los signos y síntomas que deben comunicarse.
- Demostrar destrezas apropiadas para autoadministrar los medicamentos.
- Enumerar los recursos disponibles que puedan ayudar a afrontar la enfermedad y el tratamiento.

Desde el primer encuentro las enfermeras desempeñan un papel clave en el cuidado de los pacientes sometidos a bioterapia.

Cuidados de los Efectos Secundarios

Efectos secundarios asociados con la terapia biológica, aunque no representan peligro, tienen un impacto en la calidad de vida del paciente como:

- Alteraciones sensorio-perceptivas.

- Trastornos en el patrón del sueño.
- Trastornos de la eliminación urinaria.
- Riesgo de lesiones relacionado con debilidad o hemorragia.
- Riesgo de infección debido a leucopenia.
- Deterioro de la integridad de la piel.
- Diarrea.
- Riesgo de alteración de la integridad de la piel debido a la diarrea
- Déficit del volumen de líquidos.

Normas de Bioseguridad

No existe la forma más segura de manipular los agentes biológicos. Se aconseja a la enfermera que: Revisar las normas institucionales acerca del manejo de los modificadores de la respuesta biológica en el lugar de trabajo, no afectan directamente el ADN, no se consideran citotóxicos.

QUIMIOTERAPIA

Administración de Quimioterapia en Enfermería (Acción y Prevención)

- Enfermería deberá evaluar la evolución diaria del paciente, durante el tratamiento oncológico.
- Se debe intensificar el control de parámetros vitales pre, intra y post-infusión de citostáticos.
 - Control de peso debe ser diario.
 - Control de la alcalinización de la orina previa a las infusiones de las drogas antineoplásicas nefrotóxica.
 - Iniciar Hiperhidratación previa a la infusión de la drogas que afectan y comprometen el funcionamiento del sistema renal.
 - El control de balance hídrico es muy importante para evaluar los ingresos y egresos
 - El control con la cinta reactiva se debe realizar las primeras cuatro horas iniciales de la prehidratación, priorizando los valores como el pH y la densidad urinaria.

Elección del sitio de punción

Antes de administrar un agente con propiedades vesicantes, la enfermera debe controlar la integridad de la zona donde efectuará la punción, evitando los miembros con linfedema, edemas, hipertensión venosa, etc. Haciendo una buena elección de la vena.

Son recomendadas las venas del antebrazo, tales como la cubital media, basilíca, cefálica y accesorias. Es preferible no usar las venas del dorso de la mano por tener escaso tejido celular subcutáneo que protege elementos nobles como nervios y tendones.

Seleccionar un vaso de buen calibre sin trayecto sinuoso.

Dificultades para punzar una vena:

- Tipo y medida de aguja o catéter utilizado.
- Lugar de la venopuntura.
- Venopuntura traumática.
- Relación entre tamaño del vaso y flujo sanguíneo.
- Duración de la infusión.
- Edad avanzada del paciente.
- Estado general del paciente.
- Historia previa con tratamientos similares.

No se utilizarán las venas de los miembros inferiores, ya que el riesgo de tromboflebitis y trombosis se ve incrementado.

Una vez realizada la venopunción debe asegurarse la correcta posición de la aguja o catéter pasando entre 20-40 ml. De solución fisiológica a goteo rápido.

Se instruirá al paciente para que comunique inmediatamente cualquier síntoma anormal, como ardor, dolor, calor o sensación quemante en la zona de infusión.

Controlar retorno venoso e inspeccionar la zona de punción en forma frecuente, para lo cual resulta útil la utilización de apósitos transparente o tela adhesiva que permita visualizar la zona.

Si se administra la droga en bolo, cada 2ml. Infundidos se debe aspirar para comprobar que la aguja permanece en vena.

Prevención de Extravasación

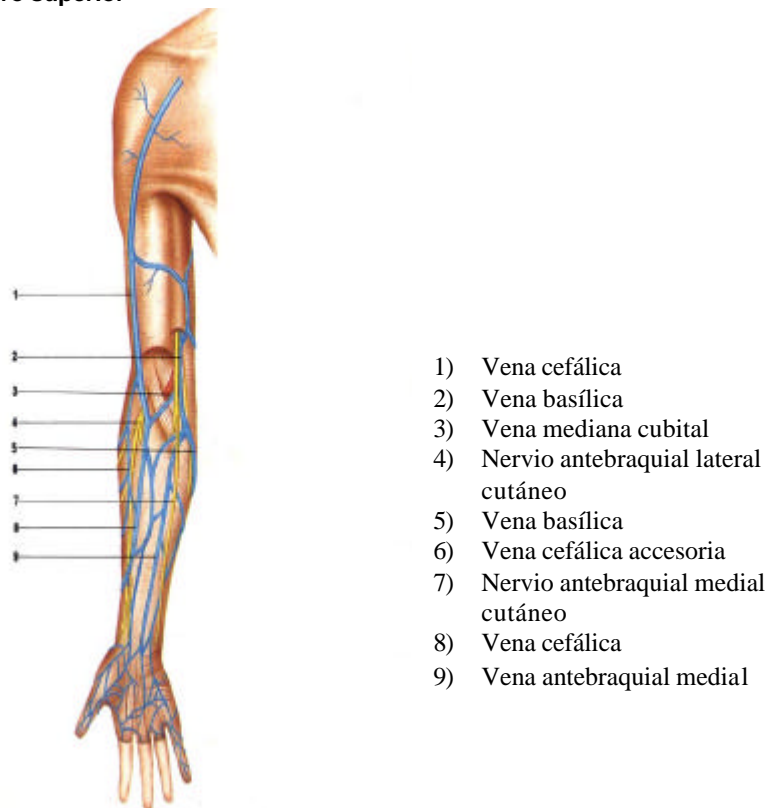
Detener la infusión inmediatamente ante la aparición de cualquier evidencia de infiltración tales como: edema, pérdida del retorno sanguíneo, dolor, etc.

Ante la duda de extravasación, es preferible detener la infusión y realizar las maniobras tendientes a disminuir el daño.

Ante la extravasación

- Interrumpir el pasaje de la droga "sin retirar la aguja".
- Intentar aspirar todo el líquido posible del tejido celular subcutáneo movilizándolo la aguja hacia diferentes puntos.
- Vigilar frecuentemente la evolución del área infiltrada.
- Informar del evento al médico.
- Registrar el evento

Fig. Nº 1: Venas superficiales del miembro superior



Cuidado en la heparinización de catetes implantables

Los procedimientos deberán realizarse con estrictas técnicas asépticas (lavado de manos, uso de barbijo, guantes estériles, gasas estériles, iodopovidona al 10%) y compresa fenestrada estéril).

- Lavado de manos, colocación de barbijo y guantes estériles.
- Limpiar con solución antiséptica el área del séptum.
- Conectar la aguja o set de la aguja a una jeringa que contenga solución salina heparinizada, desalojar las burbujas de aire antes de introducir la aguja en el séptum.
 - Ubicar el séptum por palpación. Empujar la aguja a través de la piel y el séptum hasta que toque el fondo de la cámara. Colocar gasas estériles y tela adhesiva que aseguren una adecuada fijación.
 - Infundir al sistema solución salina normal heparinizada, confirmando que el fluido circula correctamente. Retirar la jeringa ejerciendo presión positiva para evitar el flujo de sangre a la cámara.
 - Colocar la solución a infundir.
 - Al finalizar la infusión se lavará el sistema con solución salina heparinizada. Se retira la jeringa ejerciendo presión positiva.

Estos sistemas venosos deben ser lavados con 10ml. de solución salina en adultos cada 15 minutos durante la transfusión de glóbulos rojos ejerciendo arrastre por presión, 3ml. en niños y deberán ser lavados con solución salina heparinizada después de cada transfusión de hemoderivados, aún estando el catéter habilitado, antes de la extracción de la aguja y cada 28 días de estar cerrado.

Medidas de Bioseguridad

- **Aislamiento estricto**

Se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades que pueden contagiarse por contacto directo y/o por vía aérea.

Incluye:

- Habitación individual con lavabo
- Lavado de manos o utilización de gel alcohólico al ingresar a la habitación de los pacientes, antes de salir y luego de sacarse los guantes. Uso de guantes limpios (no estériles) excepto para maniobras invasivas que expresamente lo requieran
- Uso de bata (el cual será cambiado cada 24 horas, cuando esté mojado o visiblemente sucio)
- Uso de barbijo quirúrgico
- Todo el material necesario para vestirse se encontrará preparado dentro de la habitación, excepto la mascarilla, que se colocará antes de entrar.
- Antes de salir de la habitación se depositarán las prendas contaminadas en un contenedor al efecto, excepto la mascarilla que se tirará después de salir.
- La puerta de la habitación permanecerá cerrada

- **Aislamiento Respiratorio**

Se aplica para evitar la propagación de las enfermedades transmisibles por vía aérea o por aerosol .

Incluye:

- Lavado de manos.
- Habitación individual con lavabo.
- Los enfermos que estén contaminados por el mismo germen podrán compartir habitación.

- Es obligatorio el uso de mascarilla tanto para el personal sanitario como para las visitas.
- La mascarilla deberá cambiarse con la frecuencia adecuada.
- La puerta de la habitación permanecerá cerrada.
- Las mascarillas se colocarán en la puerta de la habitación y se desecharán al salir, en un recipiente específico para ello.
- Se usarán pañuelos desechables.

Aislamiento de Protección o inverso

Trata de proteger a pacientes gravemente inmunodeprimidos y no infectados (por ejemplo granulocitopénicos). Las precauciones más accesibles.

Incluyen:

- Lavado de manos.
- Habitación individual.
- Colocación de bata, guantes, gorro, mascarilla y polainas antes de entrar en la habitación para toda persona que entre en contacto con el enfermo.
- Depositar las ropas utilizadas en un contenedor preparado al efecto cuando se salga de la habitación.
- Mantener la puerta siempre cerrada.
- Habitaciones dotadas de flujo de aire laminar y filtros de alta eficacia (cámaras estériles).

CUIDADOS PALIATIVOS

Al paciente y familia

Proporcionar, siempre que sea posible, una zona de intimidad para poder expresar abiertamente su aflicción.

Establecer una comunicación abierta y sincera, que suponga compartir sentimientos. En ocasiones la comunicación no verbal (tomar la mano, acariciar), cuando se sabe que no afecta la sensibilidad del paciente, es un recurso útil para demostrar empatía hacia la persona.

Dar respuestas no evasivas a las preguntas del paciente y/o familia, sin fomentar falsas esperanzas. Es frecuente la pregunta o afirmación “me estoy muriendo”; en este caso, no es necesario dar respuestas taxativas de sí o no. Generalmente, lo que el paciente quiere no es la confirmación de lo que ya sabe o intuye, sino más bien, morir sin dolor y acompañado. En estos casos lo apropiado es contestar con otra pregunta del tipo: ¿Acaso se siente peor?, ¿Tiene dolor?, ¿Puedo hacer algo más por usted?, etc.

Permitir y facilitar la expresión de las manifestaciones de duelo descritas.

Respetar las creencias religiosas y/o éticas, favorecer su expresión y proporcionar recursos cuando se soliciten (libros, ritual, etc.).

Respetar la forma en que cada miembro de la familia reacciona ante la pérdida y no hacer juicios de valor sobre ella; si lo hiciéramos fomentaríamos el sentimiento de culpa.

Aconsejar a la familia que permita al paciente la expresión de sus sentimientos y emociones; esto favorece la comunicación y sentimiento de proximidad entre paciente y familia a la vez que reduce sentimientos de culpa y ansiedad.

Fomentar que el paciente y la familia canalicen estos sentimientos a través de conductas reductoras de ansiedad (hiperactividad, llanto, comer, fumar, etc.).

Asegurar que es normal experimentar sentimientos y reacciones intensas y caóticas (desear la muerte del paciente cuando el proceso de agonía es largo, desear que fuese otro quien estuviese muriendo, etc.).

Utilizar expresiones de condolencia para reconocer la aflicción (“Éste debe ser momento difícil para usted”, “Debe de estar pasándolo mal”, etc.).

Animarles a que compartan sus preocupaciones.

Ayudarles a identificar sus capacidades y limitaciones para afrontar el proceso de duelo y aconsejar la consulta a otros profesionales, cuando sea necesario.

Ofrecer a los miembros de la familia una función en el cuidado del paciente terminal, si lo desean y están capacitados. Respetar sus sentimientos y no efectuar juicios de valor sobre su decisión para no provocar y/o agravar sentimientos de culpa.

Fomentar la autoestima a través del refuerzo positivo.

Facilitar que paciente y familia puedan hablar sobre las "últimas disposiciones" (exequias, deseos de modo de entierro, donación de órganos, herencias, etc.).

Instar a la familia para que permanezca junto al paciente y le hable aunque parezca que no es capaz de oír.

Tras el fallecimiento, proporcionar a la familia un lugar íntimo para expresar su duelo y ordenar sus pensamientos.

Cuidar dignamente al paciente que ha fallecido (estética corporal, actitud respetuosa durante los cuidados post-mortem y traslado, etc.)

Dolor – Vómitos - Bienestar

Cuidados

- Valoración del dolor antes y después de administrar analgesia.
- Reducir la movilidad de la zona dolorosa.
- Aplicar medidas analgésicas físicas según la etiología del dolor (consultar al médico).
- Valorar la presencia de factores que disminuyen la tolerancia al dolor (fatiga, monotonía, conflictos, miedo a no poder controlar el dolor, percepción fatalista del dolor, miedo a la adicción, sobre estimulación sensorial, etc.).
- Extremar las precauciones en la administración de medicamentos para no producir dolor.
- Valorar frecuencia, duración, cantidad y aspecto de los vómitos.
- Identificar factores que se asocian a ellos (postura, comida, dolor, etc.).
- Proteger al paciente del riesgo de aspiración.
- Aplicar paño húmedo en la frente, cuello y muñecas, para disminuir el síndrome vagal (sudación, bradicardia, mareo, etc.).
- Realizar higiene bucal después del vómito y cuando el paciente esté tranquilo.
- Aconsejar al paciente respirar profundamente para reducir el reflejo nauseoso.
- Mantener el ambiente limpio, agradable y relajado. Evitar olores y visiones desagradables.
- Comer y beber lentamente.
- No forzar la ingesta de alimentos, respetar las apetencias del paciente.
- Cuidar la higiene oral.
- Averiguar las preferencias alimentarias del paciente.
- Ofrecer comidas bien presentadas, poco abundantes y fáciles de masticar y digerir, siempre según el estado del paciente y no forzando nunca la ingesta.
- Mantener una posición correcta de tronco y miembros.
- Evitar presión sobre las extremidades (estos pacientes tienen aumentada la sensibilidad a la presión).
- Mantener en todo momento al paciente limpio y seco.
- Mantener la habitación bien aireada, sin corrientes de aire.
- Respetar los deseos del paciente cuando intenta quitarse la ropa. Es frecuente que la muerte sobrevenga por shock séptico. Ello ocasiona sensación de calor intenso, por fiebre, aunque la piel esté fría y húmeda.
- Mantener la habitación con luz tenue e indirecta.
- Si el paciente manifiesta dificultad para respirar, mantenerlo en postura de semi-fowler, Valorar la presencia de secreciones en la garganta y Colocar al paciente en semipronación para drenar el moco de la boca y aspirar secreciones si es preciso.