



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CATEDRA ADULTO Y ANCIANO



# **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN USUARIOS CON DOLOR ONCOLÓGICO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

## **AUTORES:**

Br. Amaya, Ma. Eugenia  
Br. Camejo, Valeria  
Br. De los Santos, Natalia  
Br. Gagnebin, Silvana  
Br. Garré, Rosina

## **TUTORES:**

Prof. Agda. Bracco, Alicia

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2008

### **Agradecimientos:**

- ✦ **A la tutora Prof. Agdo. Alicia Bracco y Prof. Adj. Virginia Aquino por la disposición y orientación en el trabajo de Investigación.**
- ✦ **A la División de Enfermería del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", por permitirnos realizar la investigación en el Servicio de ORL.**
- ✦ **Al Personal de Enfermería del Servicio de internación de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas.**
- ✦ **A las autoridades de la Comisión Honoraria de lucha contra el cáncer, por el material brindado.**
- ✦ **Al MSP por el material brindado.**
- ✦ **A nuestras familias por su incondicional apoyo.**

## Glosario:

- **AAS:** Acido acetil salicilico
- **AE:** Auxiliar de enfermeria
- **AINES:** Antinflamatorio no esterideo
- **Br:** Bachiller
- **FA:** Frecuencia Absoluta
- **FC:** Frecuencia cardiaca
- **FR:** Frecuencia respiratoria
- **FR%:** Frecuencia relativa porcentual
- **I/V:** Intravenoso
- **Lic. Enf/ LE:** Licenciada en enfermeria
- **MSP:** Ministerio de salud publica
- **NE:** Nutrición enteral
- **NPT:** Nutrición parenteral
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ORL:** Otorrinolaringología
- **P/A:** Presión arterial
- **PAE:** Proceso de atención de enfermería
- **PE:** Personal de enfermeria
- **PSE:** Proceso salud- enfermedad
- **SNG:** Sonda nasogástrica
- **T.ax:** Temperatura axilar
- **TQT:** Traqueostomía
- **V.H:** Virginia Henderson

## Índice

• <b>Resumen</b>	<b>Pág: 1</b>
• <b>Introducción</b>	<b>Pág: 3</b>
• <b>Justificación</b>	<b>Pág: 6</b>
• <b>Pregunta problema</b>	<b>Pág: 10</b>
• <b>Objetivos</b>	<b>Pág: 11</b>
• <b>Marco teórico</b>	<b>Pág: 12</b>
• <b>Metodología</b>	<b>Pág: 34</b>
- <b>Tipo y diseño general del estudio</b>	<b>Pág: 34</b>
- <b>Área de estudio</b>	<b>Pág: 34</b>
- <b>Universo de estudio</b>	<b>Pág: 34</b>
- <b>Selección y tamaño de la muestra</b>	<b>Pág: 34</b>
- <b>Criterios de inclusión y exclusión</b>	<b>Pág: 35</b>
- <b>Procedimiento para la recolección de la información</b>	<b>Pág: 36</b>
• <b>Plan de análisis</b>	<b>Pág: 39</b>
- <b>Definición de variables</b>	<b>Pág: 41</b>
• <b>Análisis de los datos</b>	<b>Pág: 47</b>
• <b>Conclusión</b>	<b>Pág: 53</b>
• <b>Sugerencias</b>	<b>Pág: 55</b>
• <b>Bibliografía</b>	<b>Pág: 56</b>
• <b>Cronograma de Gantt</b>	<b>Pág: 59</b>
• <b>Presupuesto</b>	<b>Pág: 61</b>
• <b>Anexos</b>	<b>Pág: 62</b>

## **Resumen**

El dolor oncológico implica una gran lucha para enfermería, debido a la imperiosa necesidad de renovar los conocimientos en cuanto al manejo del mismo.

El propósito de este estudio busca conocer los cuidados que brinda el personal de enfermería al usuario con dolor oncológico, lo cual nos permite enfatizar en aquellas intervenciones que se realizan con mayor frecuencia, brindándole al servicio una serie de propuestas.

El tema seleccionado es "Cuidados de enfermería a usuarios con dolor oncológico del Servicio de Otorrinolaringología".

Dicha investigación se realiza en el Servicio de internación de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas, en el tiempo comprendido entre el 4 al 8 de Diciembre 2008; en la misma se establece una única variable, "Cuidados de enfermería", la cual se desglosa en variables simples; cinco de ellas basadas en el modelo teórico de V. Henderson, se incluye también la analgesia, puesto que se considera un pilar fundamental en el tratamiento del dolor.

El tipo de estudio es cuali - cuantitativo con diseño descriptivo, de corte transversal.

Se elabora un cuestionario dirigido al personal de enfermería, la cual se utiliza como instrumento de recolección de datos, los mismos se analizan y se representan mediante tablas de frecuencia absoluta, relativa porcentual y gráficos de barra, mediante el programa Microsoft Excel; luego de los resultados obtenidos, se elabora una propuesta relacionada a los cuidados de enfermería en el usuario con dolor oncológico y otra en relación a la alimentación enteral mas utilizada.

De la investigación se obtiene, que los cuidados planteados en el estudio, se realizan con similar frecuencia, además se concluye que los cuidados independientes de enfermería son fundamentales en el abordaje integral al usuario con dolor oncológico.

**Palabras claves:**

- ✦ Cuidados de enfermería
- ✦ Dolor oncológico

## **Introducción**

El presente trabajo fue realizado por cinco bachilleres de la carrera de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, correspondiente al trabajo de investigación final.

No existen estudios epidemiológicos nacionales a gran escala sobre la incidencia y la gravedad del dolor oncológico; los estudios existentes, basados en pequeñas encuestas y estimaciones de la OMS, sugieren que un tercio de los usuarios que presentan neoplasias que reciben tratamiento activo, y el 60 – 90% de los usuarios con enfermedad avanzada, experimentan dolor de moderado a severo. Se diagnostican 17 millones de casos nuevos de cáncer en el mundo anualmente, y 5 millones de muertes por cáncer, lo que representa grandes cantidades de pacientes que sufren de dolor oncológico.

Teniendo en cuenta que en nuestro país el cáncer ocupa la segunda causa de muerte, y considerando que el servicio donde se desarrolla la investigación asiste un número significativo de usuarios con patologías neoplásicas ( 57%, de una población total de 77 usuarios), asumiendo que una de las principales consecuencias de dicha patología es el “dolor” , y donde se destaca el rol fundamental que desempeña enfermería, es que se selecciona el tema, “Cuidados de Enfermería a usuarios con dolor oncológico”, enfatizando en cinco de las catorce Necesidades Básicas que describe V. Henderson en su teoría de enfermería; estas son, alimentación, respiración, reposo- sueño, higiene- estado de la piel, movilidad-postura, además se incluye la variable analgesia; las mismas

son seleccionadas, ya que se consideran prioritarias y oportunas para la atención a los usuarios con dolor oncológico.

La investigación se lleva a cabo en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Servicio de ORL, Piso 10, Unidad Operativa N° 5, con previa autorización (Ver anexo N°: 1), bajo la supervisión de la tutora Prof. Agda. Alicia Bracco y Prof. Adj. Virginia Aquino correspondiente a la Cátedra Adulto y Anciano.

La pregunta problema planteada es ¿Cuáles son los cuidados que realiza el personal de enfermería a usuarios con dolor oncológico en el Servicio de ORL, Piso 10, Unidad operativa 5, del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, en el período de tiempo comprendido entre el 4 al 8 de Diciembre 2008 , en los turnos mañana y tarde?

El objetivo general de la misma es conocer los cuidados de enfermería que se realizan a los usuarios con dolor oncológico, para luego poder proporcionar al servicio una serie de sugerencias; para cumplir con dicho objetivo se utiliza un instrumento para la recolección de datos realizado previamente por los integrantes del grupo investigador, los cuales se analizan, tabulan y representan mediante gráficos.

Las propuestas son en relación a “cuidados de enfermería en usuario con dolor oncológico”, basado en las 14 necesidades descritas en el Modelo Teórico de V.H y otra de las propuestas es una “guía de cuidados de enfermería en alimentación enteral” mas utilizada en el servicio (SNG, gastrostomía y yeyunostomía). Esta última también incluye complicaciones que se pueden presentar durante la NE, con sus respectivos cuidados; además se elabora una serie de recomendaciones en el momento de administrar la medicación por SNG específicamente, conjuntamente con la NE.



Se debe considerar que el usuario que presenta dolor oncológico debe ser el principal protagonista de sus cuidados, por lo que nuestro trabajo profesional es y será procurar su mayor calidad de vida con respecto a su voluntad.

### **Justificación**

Según los datos de la división de estadística del Ministerio de Salud Pública, en nuestro país la segunda causa de muerte son los tumores malignos, provocando más del 24% del total de las defunciones; según los datos de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, en el bienio 1996 – 1997, se registraron 25.988 casos incidentes en Uruguay, de los cuales el 51% (13.506) se presentó en hombres y el 49% (12.482) en mujeres; en la ciudad de Montevideo se registró el 52% (3.437) del total de los casos.<sup>1</sup>

En el año 2001, un 23,8% de los fallecimientos registrados en Uruguay se debió a esta causa.<sup>2</sup>

Datos más recientes, según la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, en el año 2003, en nuestro país se registraron unos 13.000 casos nuevos de cáncer y más de 7.400 muertes.<sup>2</sup>

Las neoplasias otorrinolaringológicas no ocupan los primeros lugares en incidencias ni en mortalidad en Uruguay, pero en virtud de la incapacidad y morbilidad que determinan merecen especial tratamiento.

Dado que el Servicio de ORL del Hospital de Clínicas es un referente a nivel nacional, asiste un número significativo de usuarios que cursan una patología oncológica y por consiguiente presentan dolor durante su PSE, es por este motivo que se considera de suma importancia tomar conocimiento acerca de los cuidados que brinda el personal de enfermería abocados a disminuir el dolor y elevar la calidad de vida de los mismos.

---

<sup>1</sup> Vasallo J., Barrios E., De Stefani E., Ronco A. “Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay 1996 – 1997”. Volumen II. 1ª Edición. Montevideo; 2001

<sup>2</sup> Vasallo J., Barrios E. “Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay”. Volumen III. 1ª Edición, Montevideo; 2005

Tomando como punto de partida el accionar de enfermería y sus inquietudes en el servicio, se elaboran una serie de propuestas, enfatizando en el tema central “cuidados de enfermería en usuarios con dolor oncológico” basado en las 14 necesidades descritas en el modelo teórico de V.H; se considera como grupo que dichas necesidades básicas permiten abordar al usuario desde una perspectiva integral y oportuna, con la finalidad de elevar así su calidad de vida. Otra de las sugerencias que se le brinda al servicio es una guía de cuidados de enfermería acerca de la NF (SNG, gastrostomía, yeyunostomía), ya que se considera a la alimentación como un pilar fundamental en la atención a usuarios con dolor oncológico, favoreciendo de esta manera su bienestar general.

Desde Florence Nightingale, que pensaba que el enfermero debe tratar de situar al individuo en las mejores condiciones para que la naturaleza pueda actuar sobre él, a los conceptos actuales que afirman que la enfermería cubre las necesidades presentes en todos los individuos, se hace patente que su labor es estar junto al que sufre.

El dolor en sí mismo incide negativamente en la calidad de vida del Hombre, considerando que el dolor no tratado es un determinante clave del deterioro de la misma, puesto que determina factores que influyen en la respuesta individual al dolor, desencadenando en él, aislamiento social, estrés, depresión, baja autoestima, fatiga, inactividad, sueño inadecuado y conlleva a la pérdida del autocontrol; considerando al mismo como un ser bio-psico-socio-cultural y espiritual, es que se debe abordar al dolor desde una perspectiva integral, ya que dicha sensación determina un cambio en el estilo

de vida del usuario oncológico, desde el punto de vista familiar, psicológico, físico, laboral, social y espiritual.

La función propia de la enfermera según Virginia Henderson, es la asistencia al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que este realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Es de destacar, que el personal de enfermería desempeña un rol fundamental en la atención holística al usuario, ya que desde el ingreso del mismo al servicio comienza a crearse un vínculo estrecho enfermera – usuario que se fortalece diariamente. La valoración continua de enfermería, permite identificar las fortalezas y debilidades que presenta el usuario en el transcurso de su PSE, siendo el puntapié inicial para llevar a cabo la planificación de los cuidados a realizarle, con el fin de brindar una atención focalizada a elevar la capacidad reaccional del mismo. El cuidado es la actividad fundamental de las enfermeras, siendo sus aportaciones imprescindibles para la mejora de la calidad de vida de los usuarios con dolor oncológico, siempre dentro de un contexto de colaboración con los diferentes profesionales que deben integrar el equipo interdisciplinario.

Por lo anteriormente mencionado, la investigación esta enfocada a conocer cuales son los cuidados que el personal de enfermería realiza al usuario que presenta antecedente de dolor oncológico durante su estancia hospitalaria en el Servicio de ORL.

Luego de procesada la información recabada, se proporciona al servicio datos estadísticos actuales sobre esta problemática cotidiana que el equipo de salud afronta día

a día, incentivando a la realización de futuras investigaciones que genere su continua actualización.

Luego de analizar grupalmente los datos recabados, se elaboran guías de intervenciones de enfermería específicas en relación al dolor oncológico y alimentación enteral mas utilizada en el servicio, las mismas tienen como finalidad unificar criterios, lo cual permite que el accionar de enfermería sea planificado, ordenado y a su vez poder administrar racionalmente tanto los recursos materiales como humanos.

**Título**

"Cuidados de Enfermería en usuarios con Dolor Oncológico del Servicio de Otorrinolaringología".

**Pregunta problema**

¿Cuáles son los cuidados que realiza el personal de enfermería a usuarios con dolor oncológico en el Servicio de Otorrinolaringología, Piso 10, Unidad operativa 5, del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", en el período de tiempo comprendido entre el 4 al 8 de Diciembre 2008, en los turnos mañana y tarde?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General:**

- ✓ Conocer los cuidados de Enfermería que se realizan a los usuarios con dolor oncológico en los turnos mañana y tarde para brindar propuestas al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas.

### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Implementar el instrumento elaborado previamente por las integrantes del grupo
- ✓ Identificar los cuidados que realiza el personal de enfermería a usuarios con dolor oncológico
- ✓ Proporcionar al servicio propuestas basadas en los resultados obtenidos

### **Marco teórico**

En el transcurso de nuestra carrera, hemos adquirido diferentes conocimientos que hoy en día nos permiten estar capacitados frente a situaciones que se nos presentan en nuestro actuar de enfermería; es por este motivo que se considera conveniente mencionar diferentes conceptos básicos como son:

El **Hombre**, es un ser bio-psico-social, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psico biológico, aún cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del Hombre.<sup>3</sup>

En el ámbito de la salud, el Hombre es considerado como un usuario, puesto que el mismo hace uso del servicio donde se encuentra asistido, interactuando en forma bidireccional con el personal de salud, cumpliendo un papel activo en su proceso salud enfermedad.

---

<sup>3</sup> INDE. “Plan de estudios”. Montevideo,1993



Cabe mencionar, la definición de **Salud**, en relación a lo referido anteriormente, como un “derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurada por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”.<sup>3</sup>

El hombre se encuentra en un estado de continuo cambio, por ello es fundamental describir el concepto de **Proceso Salud Enfermedad**, el cual se define como “un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre tiene distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud- enfermedad en que se encuentre”.<sup>3</sup>

Cuando el PSE es afectado negativamente, es necesaria la intervención de un profesional de la salud que le brinde un cuidado oportuno, satisfaciendo sus necesidades, quien cumple con dicha función es **Enfermería**, la misma es definida como “una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia o grupo poblacional). Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes tipos de atención”.<sup>3</sup>

La enfermera profesional utiliza como método científico el **Proceso de Atención de Enfermería**, el mismo es un término que se aplica a un sistema de intervenciones específicas de la enfermería en relación con la salud de los individuos, familias y /o comunidades. Trata de identificar las necesidades en materia de salud (paciente, familia, comunidad) para seleccionar las que puedan ser satisfechas más eficazmente por medio del cuidados de enfermería; incluye además la planificación para satisfacerlas y evaluación de los resultados.<sup>4</sup>

El PAE se realiza cumpliendo con las siguientes etapas:

Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El cumplimiento de la **función de la Enfermera**, como ya hemos visto es el cuidado del individuo y la comunidad, se realiza a través de diferentes funciones: la función Asistencial, la función Docente, la función Administrativa y la función Investigadora.

Es importante destacar que en esta instancia de la carrera, “trabajo de investigación final” se cumple con la función investigación; en donde se manifiesta la necesidad de profundizar conocimientos en forma continúa; la misma es una función a desarrollar para obtener servicios de calidad en la comunidad.

Las actividades de investigación pueden ser llevadas a cabo tanto en área propia de la Enfermería como colaborando en programas de otros miembros del equipo sanitario.

---

<sup>4</sup> Alberdi R, Ballesteros H, Cabello B, Mompert M. “Conceptos de enfermería”. 1ª Edición. Madrid: Ed RUGARTE.; 1984.

De categorización: (1850). El primer paradigma es surgir, expone el esfuerzo de enfermería por mejorar la salud de la población en ciudades cada vez mas pobladas, en controlar las infecciones, evitar nuevos focos de enfermedades. Postula una enfermería centrada en la persona tanto como en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica medica.

De integración: hacia el 1950, existe una especial preocupación por la integración social y la protección estatal de las categorías sociales más débiles. La guerra colaboró con ello, y conlleva a la necesidad de reconstruir sociedades devastadas por esta. En este paradigma se realza a la persona humana, valorando su libertad y necesidades.

Transformación: en 1975, con las nuevas tecnologías y la globalización, se comienza a incorporar nuevas nociones organizacionales, éticas y jurídicas que, constituyen el centro de las acciones de enfermería como por ejemplo “equipo interdisciplinario”, “derechos de los usuarios”, “consentimiento informado”, “muerte digna”, entre otros.

El paradigma es la base de una apertura de la ciencia de la enfermería hacia el mundo, hacia una comprensión interdisciplinaria de los problemas de atención de los pacientes.

Las grandes corrientes del pensamiento, principalmente el paradigma de integración que ha conducido a una orientación hacia la persona y el paradigma de la transformación que lleva la apertura hacia el mundo, han influenciado la elaboración de los modelos conceptuales, estos son una idea que se explica mediante una visualización simbólica y

física y permite facilitar el razonamiento de los conceptos y las relaciones que existen entre ellos o planificar el proceso de investigación.<sup>5</sup>

El trabajo de investigación que se lleva a cabo en dicha instancia se basa en el modelo teórico propuesto por Virginia Henderson (Ver biografía Anexo N°: 6), a continuación se cita un resumen de sus afirmaciones teóricas.

-La relación enfermera- paciente:

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera - paciente que varían desde una relación muy dependiente, a otra marcadamente independiente (1- la enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente; 2 – la enfermera como ayuda al paciente, 3 - la enfermera como compañera del paciente). En caso de enfermedad grave la enfermera está considerada "como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarse completo, íntegro o independiente, por ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento".

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia.

Como compañeros, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico.

Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel socio cultural y la capacidad física e intelectual.

---

<sup>5</sup> Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, otros. "El pensamiento enfermero". Barcelona: Ed Masson.; 1996

La enfermera debe ser capaz de apreciar, no solo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteren.

Henderson dice que la enfermera "Debe de estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita". Las necesidades deben comprobarse con el paciente.

La enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea este la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser que el día del paciente transcurra "con la mayor normalidad posible". La promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para esta.

Henderson afirma que, "se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesitan".

#### -La relación Enfermera – Médico:

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.

Henderson señala que las enfermeras no siguen las ordenes de los médicos, ya que "cuestiona una filosofía que permita al médico dar ordenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios".

También indica que muchas de las funciones de las enfermeras y médicos se solapan.

-La Enfermera como miembro del Equipo Sanitario:

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. Esta y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson nos recuerda que "nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea capaz de realizar su función específica".

V. H compare el equipo sanitario en su conjunto, incluidos el paciente y su familia, con los sectores en forma de cuña de un gráfico sectorial. El tamaño del sector de cada miembro depende de las necesidades actuales del paciente y, por lo tanto, varía a medida que el paciente va progresando hacia la independencia. Hay circunstancias, en las que algunos de los miembros del equipo ni siquiera están incluidos en el gráfico. El objetivo es que el paciente tenga el sector más grande o que llegue a ocupar todo el gráfico.

Al igual que varían las necesidades del paciente, lo mismo puede ocurrir con la definición de enfermería. V. H admite que "esto no significa que exista una definición para siempre. Creo que la enfermería se modifica con la época en la que se ejerce y depende en gran medida de lo que hagan los demás trabajadores sanitarios".

La enfermería debe desarrollarse y aprender a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la población a medida que se nos vayan planteando.

En relación a las necesidades básicas, en la teoría de V. H no se encuentra una definición específica de necesidad, pero identifica catorce necesidades básicas en el paciente que constituyen los componentes en la asistencia de enfermería.

Estas necesidades son:

- Respirar normalmente
- Comer y beber de forma adecuada
- Eliminar los residuo corporales
- Moverse y mantener la posición deseada
- Dormir y descansar
- Elegir las prendas de vestir, vestirse y desvestirse
- Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno
- Mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos
- Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
- Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- Jugar o participar en alguna actividad recreativa
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo, una salud normal y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

De las necesidades anteriormente mencionadas, seleccionamos cinco, ya que son las que abordaremos en nuestra investigación:

✦ Necesidad de respirar:

Es muy importante que la enfermera sepa observar el desarrollo de la función respiratoria, para luego educar o aportar conocimientos al paciente acerca de las diferentes posiciones que favorecen la expansión torácica, además de prestar especial atención a las situaciones en las que la tensión emocional puede afectar a la respiración.

Es destacable la importancia de factores como la temperatura ambiental, la humedad y las partículas ambientales para lograr el bienestar del paciente.

✦ Necesidad de comer y beber:

La presencia de médicos y dietistas no alejan a la enfermera de esta actividad ya que ella es quien está en contacto con el paciente las 24 horas del día y tiene la oportunidad de conocer sus hábitos alimenticios, gustos, tabúes. Los cuidados que requiere la alimentación aun I / V o por intubación nasal son competencia de la enfermera.

El conocimiento que se le pueda facilitar al paciente es muy útil para la creación de hábitos saludables en forma posterior a la internación.

✦ Necesidad de movilidad y mantener la posición deseada:

Las posturas correctas y alineación del cuerpo del paciente demuestran los conocimientos de la enfermera acerca de los principios de equilibrio, alineación y apoyo



que le permiten realizar los cuidados entre otros del transporte del paciente, prevención de úlceras, con los recursos necesarios y adecuados.

↕ Necesidad de dormir y descansar:

El descanso, necesario para todos es fundamental en los pacientes en fase terminal para obtener el mejor estado de bienestar físico y psicológico posible, siendo especial para ello el control de los síntomas y el apoyo psicológico.

↕ Necesidad de mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos:

Al momento de realizar la higiene a un paciente la enfermera debe ser consciente de la importancia que esto representa para las diferentes personas y el confort que le brinda a esta, evitando maceraciones e irritaciones de la piel.<sup>6</sup>

Incluimos aquí la analgesia, ya que constituye una de las variables definidas en la investigación.

↕ Analgesia:

Los principios generales del uso de analgésicos se pueden resumir en:

- El tratamiento farmacológico no es más que una parte de control multidimensional del dolor
- Las dosis se titulan de forma individual

---

<sup>6</sup> Marriner- Tomey. “Modelos y teorías de enfermería”. 3ª Edición. España: Ed Mosby-Doyma; 1994

- Los analgésicos se deben administrar a horas fijas, aunque se pueden añadir dosis de rescate para picos de dolor
- Se utiliza la vía oral siempre que sea posible
- No todas las combinaciones de analgésicos son posibles. Salvo excepciones, no se deben combinar dos opioides.
- Tener en cuenta que existen tipos de dolor resistentes a los opioides y a los AINES
- No utilizar fármacos psicotrópos
- No retrasar los tratamientos con fármacos potentes
- Anticiparse a la aparición de efectos secundarios
- Utilizar fármacos coadyudantes cuando sea preciso
- Nunca utilizar placebos
- Realizar evaluaciones continuas del estado de paciente y la eficacia del tratamiento.

La OMS ha propuesto una escalera analgésica secuencial para implementar el uso adecuado de los analgésicos.

Primeramente se prescriben al paciente los analgésicos del primer escalón (AAS, paracetamol, dipirona, AINES). No están libres de efectos adversos, sobre todo renales y gastrointestinales de los AINES.

Si el dolor persiste o empeora a pesar del aumento apropiado de dosis, se pasara a los del segundo escalón (codcina, dihidrocodeína, tramadol), combinados con los del primer escalón, más algún coadyudante si es necesario.

Si no mejora el paciente se pasara a los opioides potentes (morfina), combinados con los del primer escalón, más algún coadyudante si es necesario.<sup>7</sup>

Se considera importante destacar la declaración de Oncology Nursing Society, la misma afirma que "las enfermeras son responsables de poner en marcha y coordinar el plan de cuidados para el dolor producido por el cáncer"; esto es importante en todos los entornos de la atención de la salud debido a que las enfermeras son las profesionales que con mas frecuencia realizan la valoración continua y pueden determinar si el dolor ha aumentado, si el control de los efectos secundarios ha sido exitoso, y lo mas importante, si el usuario y su familia están satisfechos con el nivel de analgesia alcanzado.

Con los medicamentos y la tecnología disponibles es asombroso que haya usuarios que padecen innecesariamente el dolor producido por el cáncer, debido a que no se le brinda ningún tratamiento. Se estima que el 90 al 95% del dolor puede aliviarse en entornos bajo estricto control como las unidades de cuidados paliativos, no obstante persiste la duda de que si los medicamentos y la tecnología se están usando de manera adecuada para controlarlo.

---

<sup>7</sup> Astudillo W, Orbezo A, otros. "Cuidados paliativos en enfermería". 1ª Edición. San Sebastián: Ed. Michelena artes graficas; 2003.

El dolor afecta el patrón de sueño del usuario y las relaciones familiares, laborales y sociales; también altera la calidad de vida y en algunos casos la voluntad de vivir.

La OMS define el **Dolor** como “una sensación y experiencia emocional desagradables asociadas con el deterioro tisular real o posible, o descritos en términos de dicho deterioro”. A partir de esta definición, resulta evidente que el dolor es multidimensional y subjetivo; por esto el usuario es la única autoridad sobre su experiencia, no el profesional de la salud.

La compleja actividad neurofisiológica que da como resultado el dolor comprende cuatro pasos: 1- la transducción, es el proceso por el cual los estímulos nociceptivos (dolorosos) originan actividad eléctrica en las terminaciones de las fibras aferentes primarias; los estímulos pueden ser mecánicos, térmicos o químicos y causar la liberación de mediadores bioquímicos que generan un potencial de acción y cambios eléctricos en las neuronas. Las fibras aferentes del dolor son: fibras mielinizadas de conducción rápida y las fibras no mielinizadas pequeñas de conducción lenta.

2- La transmisión sucede cuando los impulsos son enviados desde los nervios aferentes primarios hasta el asta dorsal de la medula espinal. Las terminaciones de los nervios aferentes primarios y las neuronas del tracto espinotalámico transportan el mensaje hacia el lado contralateral de la medula espinal, en donde se unen a un grupo de fibras que llevan los mensajes del dolor.

3- La percepción es la transformación de las respuestas neurales de sensaciones en la corteza cerebral, que la persona reconoce como dolor.

4-La modulación es el control de la transmisión del dolor y puede incluir la inhibición y la intensificación de los estímulos nociceptivos. En este paso intervienen los receptores de opiáceos en la corteza, el mesencefalo, la medula espinal, el tracto gastrointestinal, la vejiga y el útero, los cuales fijan los opiáceos endógenos y exógenos para bloquear la transmisión del dolor.

El dolor puede clasificarse como: - Dolor agudo: dura poco (menos de tres a seis meses), casi siempre se conoce su etiología, la intensidad puede variar de leve a grave y el tratamiento se dirige a eliminar la causa; - Dolor crónico: se prolonga más de tres meses, la causa puede o no conocerse, no responde al tratamiento o no desaparece después de que la herida sana; la intensidad puede variar de leve a severo y el tratamiento varía.

-Dolor crónico producido por el cáncer: puede ser agudo además de crónico, su duración se ajusta a la de este último, puede ser severo, considerarse intratable y tener diversas etiologías.

-Dolor imprevisto (reactivación del dolor): se caracteriza por el aumento transitorio del dolor en una intensidad superior a la moderada, puede suceder cuando el paciente se mueve o tose.

El dolor en el cáncer depende de varios factores: - la localización del tumor primario o de las metástasis: si hay afección ósea (como sucede en las metástasis vertebrales) o neural (cuando el carcinoma invade directamente cualquier tejido nervioso o lo comprime), el dolor será más grave que la presión ocasionada por el órgano afectado.

- La etapa de la actividad tumoral: el dolor experimentado por un paciente con cáncer avanzado es más frecuente e intenso.

Pueden existir muchas causas de dolor en los pacientes con cáncer, una de ellas es la invasión directa del tumor; por ejemplo, la proliferación de células malignas dentro de los huesos, los nervios, las vísceras y los tejidos blandos. Las sensaciones y la intensidad, así como los efectos del analgésico prescrito, varían de acuerdo con la localización del tumor. Los tipos de dolor producidos por esta infiltración son: - Dolor Somático: resulta del estímulo de los nervios aferentes en la piel, tejido conectivo, los músculos, las articulaciones o los huesos. Por lo general es localizado, se describe como palpitante, agudo o intenso y responde bien a los analgésicos; -Dolor visceral: afecta a los órganos de las áreas torácico o abdominal. Puede ser causado por infiltración, presión o distensión. Es más difuso y con frecuencia se describe como cólico, constante, intenso o profundo; -Dolor neurológico: resulta del traumatismo de los nervios sensoriales centrales o periféricos, el cual ocasiona descargas anómalas; por lo general se describe como punzante u hormigueo.

Según las características del dolor se puede conocer su origen o etiología y por lo tanto su diagnóstico, su gravedad o pronóstico y tratamiento.

Estas características son:

Aparición, duración, tipo, intensidad, localización , irradiación; síntomas acompañantes: como náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, temblor; signos acompañantes: sudoración, palidez, escalofríos, trastornos neurológicos; factores agravantes: son los factores que

aumentan el dolor por ejemplo tras la ingesta, determinados movimientos y otros factores a los que atribuye el usuario; factores atenuantes: son los factores que disminuyen el dolor, por ejemplo el descanso, posiciones corporales.<sup>8</sup>

Los cuidados de Enfermería al usuario con dolor oncológico, están enfocados a disminuir el sufrimiento del usuario, mejorar la calidad de vida del mismo y la familia, fomentar su autonomía, potenciar la participación activa de la familia haciéndola sentir útil y dándole recursos para hacer frente y controlar situaciones difíciles que pueden presentarse.

Es frecuente que en un usuario con estas características coexistan múltiples síntomas, que sean cambiantes, intensos y su origen sea debido a múltiples factores y que, además, causen en él un cierto grado de incapacitación, preocupación e impacto emocional.

La intensidad de los síntomas depende de muchos factores que rodean al paciente como la compañía, el afecto, la distracción, el ambiente, etc. pueden modificar la percepción y la sensación del dolor u otros síntomas. Por lo general, a medida que avanza la enfermedad, el número de síntomas y su intensidad se incrementan.

Cuando la familia o el personal sanitario cuidan del enfermo, no sólo le ayudan a afrontar los problemas físicos que le impiden satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, higiene, hidratación, sueño, etc.) sino que consiguen que mejore su calidad de vida y bienestar.

---

<sup>8</sup> Otto S. "Enfermería oncológica". Volumen I. 3ª Edición. Madrid: Ed Mosby; 1999

Los cuidados generales del paciente deben estar adaptados a su situación, pronóstico y ubicación y es necesario establecer las prioridades de cada momento.

Los cuidados de enfermería, están enfocados a realizar una valoración inicial del usuario, teniendo en cuenta diferentes aspectos como son, estado de conciencia, presencia de dolor, intensidad del mismo, capacidad funcional del usuario, ventilación, postura; a partir de ello se planificaran los cuidados a realizar, dentro de estos encontramos: control de signos vitales (P/A, FC, FR, T.ax), manutención de la temperatura corporal, administración de analgesia según indicación medica, prevenir posibles complicaciones (depresión respiratoria, broncoconstricción, miosis, sedación, depresión cardiovascular, hipotensión, bradicardia, otros); valorar la aparición de reacciones adversas (alergias, nauseas, vómitos, prurito, somnolencia, retención urinaria, sudoración, otros); valorar la intensidad del dolor luego de la administración de la analgesia, realizar cambios posturales según tolerancia.

Los cuidados mencionados anteriormente son fundamentales al momento de disminuir el dolor, en tanto el personal de enfermería esta capacitado para realizar otros cuidados que le permitan al usuario elevar su calidad de vida, como ser, aspirar secreciones para favorecer la permeabilidad de la vía respiratoria, posicionar al usuario (semifowler), oxigenoterapia según necesidad, enseñar ejercicios respiratorios para que realice una respiración mas efectiva, enseñar a toser al usuario de forma adecuada, ya que la tos ineficaz provoca agotamiento y retención de secreciones; transmitir confianza y control de la situación para disminuir ansiedad que pueda exacerbar la crisis, administrar tratamiento farmacológico pautado, evitar factores que puedan exacerbar la crisis como



el humo de tabaco, cambios bruscos de temperatura, entre otros; higiene y confort para favorecer la integridad de los tegumentos; fomentar ingesta de líquidos para hidratar, fluidificar secreciones, favorecer la movilización del intestino a diario, realizando interconsulta con nutricionista para una dieta adecuada; comprobar que el usuario posea un adecuado aporte de nutrientes.<sup>9</sup>

Estas actividades que componen los servicios básicos de enfermería tienen su origen en necesidades humanas universales que, a su vez, son influidas por las características particulares de cada individuo en cada situación.

A continuación se realiza una breve conceptualización de la Nutrición enteral, ya que es necesaria para la formulación de las sugerencias que se brindan al servicio con respecto a los cuidados de la misma.

La alimentación enteral se define como la técnica de intervención nutricional mediante la cual la totalidad o buena parte de los requerimientos calóricos, proteicos y de micronutrientes es administrada por vía oral (voluntaria) o por una sonda colocada en el tracto gastrointestinal.

La alimentación enteral está indicada en aquellos pacientes que por cualquier alteración patológica no pueden ingerir los alimentos en cantidad y calidad suficientes, a pesar de tener un tracto gastrointestinal funcional. Tales alteraciones pueden ser clasificadas en tres grandes grupos, según la patología predominante: Enfermedades de origen neurológico/psiquiátrico, gastrointestinal y quemaduras.

---

<sup>9</sup> J. López Imedio F. "Enfermería en cuidados paliativos". 1ª Edición. Madrid: Ed Medica Panamericana S.A; 1998.

El tubo o sonda puede ser: Nasogástrico / orogástrico · Nasoduodenal / oroduodenal, Nasoyeyunal / oroyeyunal

Puede ser colocado a ciegas, por endoscopia o bajo visión fluoroscópica; Enterostomía: Faringostomía, Gastrostomía, Yeyunostomía

Las sondas o tubos son molestos y producen considerable aprehensión en el paciente, efectos indeseables que se minimizan con la utilización de los nuevos tubos siliconados y de poliuretano delgado, especialmente diseñado para alimentación enteral. Sin embargo, ante la perspectiva de intubación prolongada, se debe considerar la creación de una gastrostomía, una yeyunostomía o, en casos seleccionados, una faringostomía.

La gastrostomía es el procedimiento de elección en la mayoría de los pacientes. Su principal ventaja es la sencillez de su manejo, por cuanto se preserva la función osmorreguladora del estómago.

La gastrostomía puede ser creada mediante técnica quirúrgica o percutánea (endoscópica o fluoroscópica).

La aplicación de un soporte nutricional es un procedimiento terapéutico más, con sus indicaciones, contraindicaciones, técnicas especiales, que debe ser aplicado de forma precoz y a un gran número de pacientes.

La mayoría de pacientes graves son incapaces de alimentarse voluntariamente y, por lo tanto, la terapia nutricional debe llevarse a cabo por vía intravenosa y/o vía enteral.

La NE presenta ventajas:

1º- Efecto trófico: La ausencia de nutrientes en la luz intestinal provoca la atrofia de las vellosidades intestinales, que se mantienen estructuralmente intactas con la presencia de los mismos.

2º- Efecto barrera: El intestino juega un papel de modulador del catabolismo proteico, limitador de la implantación y proliferación de gérmenes, y modulador inmunológico.

3º- Aporte al intestino de nutrientes específicos: Por lo que es más fisiológica, ya que mantiene el patrón de motilidad intestinal, y se consigue mejor utilización de las sustancias nutritivas.

4º- Mayor seguridad: Con el uso de la NE se evita el riesgo de sepsis por catéter.

5º- Menor número de complicaciones y, si las hay, son generalmente de menor gravedad.

6º- Reduce la incidencia de hemorragias digestivas, posiblemente por neutralización del jugo gástrico.

7º- Es menos costosa y más fácil de ser administrada, ya que no requiere las técnicas complejas de asepsia ni el personal médico que se necesita para la NPT.

Para finalizar consideramos que la concepción del ser humano es fundamental para el análisis de la enfermería. Cuerpo y espíritu forman una unidad compuesta que es el hombre; tiene pues elementos orgánicos y elementos espirituales que originan diferentes efectos los cuales se manifiestan conjuntamente en el individuo.

El ser humano esta inmerso en un medio que le influye positiva o negativamente dependiendo de múltiples factores (geográficos, culturales, políticos, económicos, entre

otros), estableciéndose una relación, entre el hombre y su medio, que determinara su grado de bienestar. Este bienestar es difícilmente alcanzable sin un adecuado nivel de salud.<sup>2</sup>

### **Metodología**

- **Tipo y Diseño general del estudio:** Es un estudio cuali - cuantitativo, con diseño descriptivo, de corte transversal.

- **Área de estudio:**

Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, ubicado en Avenida Italia s/n entre las calles Avenida Américo Ricaldoni y Gral. Las Heras (Uruguay, Montevideo, zona Parque Batlle), Servicio de Otorrinolaringología, Piso 10, Unidad Operativa 5.

- **Universo de estudio:**

El 100% del personal de enfermería del Servicio de internación de Otorrinolaringología que asiste usuarios con historia de dolor oncológico en el transcurso de su hospitalización, en el Hospital de Clínicas, en el periodo de tiempo comprendido entre el 4 al 8 de Diciembre 2008.

- **Selección y tamaño de la muestra:**

La selección de la muestra esta dada por el personal de enfermería del servicio de ORL, Piso 10, Unidad Operativa N°5 de los turnos mañana y tarde, que brinda asistencia a usuarios que presentan dolor oncológico, en el periodo de tiempo comprendido entre el 4 al 8 de Diciembre 2008.

La muestra es no probabilística por conveniencia, de tipo intencional, compuesta por Licenciadas y Auxiliar en Enfermería, del servicio donde se desarrolla la investigación.

El tamaño muestral es de 15 individuos, compuesto por 11 Auxiliares de enfermería y 4 Licenciadas en enfermería.

- **Criterios de inclusión:**

- Personal de enfermería (Licenciadas, Auxiliares en Enfermería) que desempeña su función en el Servicio de ORL, Piso 10, Unidad Operativa N°5.

- Personal de enfermería (Licenciadas, Auxiliares en Enfermería) que asista usuarios con historia de dolor oncológico, durante su hospitalización.

- Personal de enfermería (Licenciadas, Auxiliares en Enfermería) de los turnos mañana y tarde.

- Consentimiento por parte de los involucrados.

- **Criterios de Exclusión:**

- Personal de enfermería (Licenciadas, Auxiliares en Enfermería) que no desempeñen su función en dicho servicio

- Personal de enfermería (Licenciadas, Auxiliares en Enfermería) de turno vespertino y noche

- Personal de enfermería (Licenciadas, Auxiliares en Enfermería) que no hayan asistido a usuarios con antecedente de dolor oncológico

- Personal que no consienta brindar datos

- **Procedimiento para la recolección de la información:**

Para la recolección de la información, se elabora un instrumento, que se aplica al personal de enfermería que asiste a usuarios con dolor oncológico en el servicio anteriormente mencionado.

Dicho instrumento se basa en cinco de las catorce necesidades básicas (alimentación, respiración, reposo – sueño, higiene-cuidados de la piel, movilidad-postura) propuestas en el modelo teórico de V. H, se incluye además, la analgesia, puesto que en conjunto con los cuidados independientes que realiza el personal de enfermería, conforman los pilares fundamentales en el cuidado del usuario con dolor oncológico.

Previamente a implementar el instrumento en la población objeto de investigación, se realiza una prueba piloto del instrumento dirigido al personal de enfermería que haya brindado asistencia a usuarios con historia de dolor oncológico en el Servicio Quirúrgica “A”, Unidad Operativa N°1, Piso 10 en los turnos vespertinos y noche, del Hospital de Clínicas, lo cual permite realizar las correcciones pertinentes antes de su implementación y disminuir así los posibles sesgos.

Los datos recabados se analizan mediante estadística descriptiva por medio del resumen en tablas de FA, FR% y se representa a través de gráficos.

Los datos obtenidos son un elemento más que facilitan la selección de las diferentes temáticas para elaborar propuestas de cuidados de enfermería al Servicio de ORL.

• **Fuente de datos:**

-Personal de Enfermería del servicio de ORI. (Licenciada en Enfermería, Auxiliar de Enfermería)

• **Instrumentos:**

Se utiliza como instrumento para la recolección de datos un cuestionario, el cual es aplicado al personal de enfermería del servicio de ORL de los turnos mañana y tarde (Licenciada, Auxiliar en Enfermería). El mismo contiene seis variables seleccionadas por el grupo investigador (alimentación, respiración, reposo- sueño, higiene-estado de la piel, movilidad-postura, analgesia); las mismas están integradas por cinco categorías (enumeradas alfabéticamente), y se expresan en forma de preguntas cerradas, conteniendo tres opciones de respuestas (siempre, a veces, nunca). Cada una de las opciones seleccionadas por el personal de enfermería, se le asigna un valor: nunca, valor 0; a veces, valor 1; siempre, valor 2.

Dicho cuestionario es entregado al personal de enfermería al comienzo de cada guardia por un integrante del grupo investigador y es recogido por el mismo al finalizar el turno, en un lapso de tiempo de 5 días; el mismo contiene las instrucciones para ser completado adecuadamente.

El objetivo del mismo es recabar datos del accionar de enfermería en el usuario con dolor oncológico, asistido en el Servicio de ORL.



Es de suma importancia destacar que el instrumento para la recolección de datos es aplicado de manera voluntaria, con previo consentimiento de los involucrados, manteniendo su anonimato.

### **Plan de Análisis**

La variable compleja planteada para el estudio es “Cuidados de Enfermería”. Para que dicha variable fuera cuantificable y de acuerdo a la información aportada por el marco conceptual, se la desglosó en variables simples y estas a su vez asumieron diferentes categorías.

Cinco de las variables simples, se basan en el modelo teórico de las necesidades básicas de V. H (respiración, alimentación, higiene- estado de la piel, reposo – sueño, movilidad – postura), por otro lado también se estudia la variable analgesia, puesto que es fundamental en el tratamiento del usuario con dolor oncológico.

El instrumento para la recolección de datos fue previamente codificado, (Ver anexo N°:3) a fin de facilitar el plan de análisis. Para llevar a cabo esta, se procedió de la siguiente manera: se le otorgo un valor a cada respuesta, el valor “ 0 ” corresponde a que nunca se realizó el cuidado de enfermería, el valor “ 1 ” corresponde a que a veces se realiza el mismo y el valor “ 2 “ equivale a que siempre se realiza el cuidado. (Ver anexo N°:2)

Como producto de la codificación se obtienen datos, los cuales permiten medir las variables simples de manera cuantitativa, y así identificar cuales son los cuidados que se realizan con mayor frecuencia, abocados al dolor oncológico en el Servicio de ORL. De la misma manera permite identificar cuales son las actividades (categoría), que el personal de enfermería lleva a cabo con mayor incidencia, para poder satisfacer de manera integral cada necesidad planteada por el grupo investigador (alimentación, respiración, reposo- sueño, higiene-estado de la piel, movilidad-postura, analgesia).

Los datos obtenidos se expresan a través de tablas de F/A, FR% y se representan a través de gráficos de barra (Ver anexo N°: 4 y 5).

• **Definición de variables:**

**1- Cuidados de Enfermería :**

**Tipo de variable:**

Cualitativa nominal, compleja.

**Definición conceptual:**

Todas aquellas acciones que realiza el personal de enfermería dirigidas al usuario que presenta dolor oncológico en el transcurso de su PSE, con el fin de disminuir el mismo y elevar su calidad de vida.

**Definición operativa:**

Acciones que realiza el personal de enfermería destinados a disminuir el dolor oncológico.

La variable “cuidados de enfermería” en el usuario con historia de dolor oncológico, es una variable compleja, la cual se desglosa en seis variables simples, las mismas son: alimentación, respiración, higiene y estado de la piel, reposo y sueño, movilidad-postura y analgesia; las cuales a su vez asumen diferentes categorías.

**1.1. Alimentación**

**Tipo de variable:**

Cualitativa nominal, simple

**Definición conceptual:**

La alimentación consiste en la obtención, preparación e ingestión de alimentos voluntariamente, las cuales contribuyen en la nutrición del individuo.

**Definición operativa:**

Acto por el cual se ingieren alimentos sólidos y /o líquidos que favorecen la nutrición del ser vivo.

**Categorías:**

1.1. A. Proporcionar los alimentos y líquidos fraccionados

1.1. B. Procurar que el usuario se alimente

1.1. C. Posicionar semifowler y según tolerancia

1.1. D. En caso de sonda nasogástrica: valorar permeabilidad, posición y fijación

1.1. E. Valorar presencia de náuseas y vómitos

**1.2. Respiración**

**Tipo de variable:**

Cualitativa nominal, simple

**Definición conceptual:**

Intercambio de gases a través del aparato respiratorio, mediante el mecanismo de inspiración y espiración.

**Definición operativa:**

Se entiende al proceso fisiológico indispensable para la vida de organismos aeróbicos.

**Categorías:**

1.2. A. Posicionar al usuario semifowler

1.2. B. Administrar oxígeno

1.2. C. Aspirar secreciones

1.2. D. Realizar fisioterapia respiratoria

1.2. E. En caso de presentar traqueostomía: valorar permeabilidad, posición y fijación

### **1.3. Higiene y estado de la piel.**

#### Tipo de variable:

Cualitativa nominal, simple

#### Definición conceptual:

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud.

#### Definición operativa:

La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo.

#### Categorías:

1.3. A. Si el usuario no es autónomo, realizar higiene corporal y cambio de ropa de cama

1.3. B. Secar minuciosamente la piel, sobre todo en zonas de pliegues cutáneos

1.3. C. Valorar diariamente el estado de la piel

1.3. D. Realizar curación si lo amerita y según indicación médica

1.3. E. Realizar cambios de posición y masajes suaves en zonas vulnerables en sentido circular.

#### **1.4. Reposo y sueño.**

##### Tipo de variable:

Cualitativa nominal, simple

##### Definición conceptual:

Reposo: Descansar, dar intermisión a la fatiga, permanecer en quietud.

Sueño: El sueño es un estado de reposo uniforme de un organismo.

##### Definición operativa:

Reposo: Disminución de la movilidad física

Sueño: Acto de dormir, como el deseo de hacerlo

##### Categorías:

1.4. A. disminuir la luz ambiental

1.4. B. Evitar ruidos innecesarios

1.4. C. Investigar las posibles causas de la alteración del sueño

1.4. D. Asegurar una temperatura adecuada

1.4. E. Facilitar que el usuario pueda estar acompañado por algún familiar si así lo desea

#### **1.5. Movilidad-postura.**

##### Tipo de variable:

Cualitativa nominal, simple

##### Definición conceptual:

Postura: relación de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo y su correlación entre la situación de las extremidades con respecto al tronco y viceversa.

Movilidad: capacidad de poder moverse.

Definición operativa:

Postura: posición que adopta el cuerpo.

Movilidad: acto de moverse.

Categorías:

- 1.5. A. Colaborar con las actividades de la vida diaria
- 1.5. B. Realizar cambios posturales según tolerancia del usuario
- 1.5. C. Proporcionar los medios necesarios para facilitar su movilidad
- 1.5. D. Mantener la alineación corporal
- 1.5. E. Evitar accidentes al movilizar al usuario

**1.6. Analgesia**

Tipo de variable:

Cualitativa nominal, simple

Definición conceptual:

Conjunto de sustancias que ingresan al organismo con fin terapéutico de disminuir el dolor.

Definición operativa:

Administración de drogas para calmar el dolor.

Categorías:

- 1.6. A. Corroborar medicación, dosis, vía, paciente y horario
- 1.6. B. Administración de analgesia



1.6. C. Valorar reacciones adversas

1.6. D. Controlar si el dolor cede luego de la administración

1.6. E. En caso que el dolor no ceda, consulta al medico de guardia

### **Análisis**

Para comenzar con el siguiente análisis del trabajo de investigación final, es imprescindible destacar que se lleva a cabo una de las principales funciones de la enfermera profesional; la misma abarca el área de investigación, la cual permite desarrollar y aplicar actitudes, conocimientos y habilidades técnicas.

El presente informe, se basa en conocer cuales son los cuidados que realiza el personal de enfermería en cuanto al manejo del dolor oncológico en el usuario asistido en el servicio de ORL del Hospital de Clínicas. Para ello se recabaron datos utilizando un instrumento, que fue proporcionado al personal de enfermería de dicho servicio, con el fin de conocer cuales son aquellos cuidados mas relevantes que se le realizan diariamente a los usuarios, basadas en cinco de las catorce necesidades básicas que describe V. H. en su modelo teórico (alimentación, respiración, higiene – estado de la piel, reposo – sueño, movilidad – postura), además se incluyo la analgesia, puesto que es uno de los pilares imprescindibles para su abordaje. Tomando en cuenta los resultados recabados, se realiza una serie de propuestas destinadas a unificar criterios en cuanto al accionar del personal de enfermería en relación al dolor oncológico, considerando el modelo teórico de V. H.; del mismo modo, se elabora una guía de propuestas acerca de los cuidados de la NE mas utilizada en el servicio.

La población objeto de estudio son 15 individuos, compuesto por Licenciadas en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.

Primeramente se analizan las variables simples, de estas se desprende que, la analgesia con un 21%, es el cuidado que se realiza con mayor porcentaje, la alimentación en un

19%, higiene y estado de la piel en un 17%, en un 16% movilidad y postura, 15% respiración, y por último con un 12% reposo y sueño. Estos datos nos reflejan que la analgesia continua siendo uno de los pilares fundamentales en el tratamiento del “dolor oncológico”, a pesar de ello, se identifica que no existe una diferencia significativa en relación a los cuidados independientes de enfermería, lo que en su conjunto contribuye al abordaje integral y oportuno del mismo.

De lo anteriormente expuesto, se comprueba que el actuar de enfermería es imprescindible para la satisfacción de todas aquellas necesidades básicas no satisfechas en un 100% por parte del usuario, por tal motivo el grupo selecciona el modelo teórico de Virginia Henderson para la elaboración de una serie de propuestas dirigidas al usuario con dolor oncológico, abarcando las 14 necesidades básicas que la misma expone, con el fin de elevar su calidad de vida y contribuir a la unificación de criterios en el servicio de ORL.

En lo que respecta a la alimentación, la misma ocupa uno de los principales cuidados por parte del personal de enfermería del servicio, dado por las características propias del usuario otorrinolaringológico, destacando que un número significativo de los mismos se alimentan a través de SNG, gastrostomía y yeyunostomía.

Por lo anteriormente descrito, es que se elabora una serie de propuestas encaminadas a unificar criterios en cuanto a la asistencia del usuario con nutrición enteral (SNG, gastrostomía o yeyunostomía), lo cual amerita destrezas y conocimientos necesarios para su completo y adecuado abordaje.

Para desglosar cada variable y sus respectivas categorías, se las codifico previamente; las categorías corresponden a los cuidados de enfermería seleccionados por el grupo investigador, las opciones de respuesta son: nunca se realiza el cuidado de enfermería, asume el valor 0; a veces se realiza el cuidado, valor 1; siempre se realiza el cuidado, valor 2.

De esta manera se tabularon los datos, obteniendo como resultado que, de la variable analgesia con sus correspondientes categorías, la totalidad del personal entrevistado (100%) administra la analgesia y siempre corrobora los cinco pasos para una administración correcta, lo cual favorece el PSE del usuario con dolor oncológico, puesto que el mismo recibe la analgesia indicada en tiempo y forma, evitando que este sufra y minimizando el margen de error; seguido por un 86% siempre consulta medico de guardia, un 7% a veces y un 7% nunca lo realiza, analizando estos dos últimos datos podemos decir que están íntimamente relacionados al rol que cumple cada entrevistado, dado que en presencia de la Licenciada en Enfermería, es esta la que realiza dicha actividad.

Un 80% del personal realiza siempre una valoración de aparición de RAMs, y controla si el dolor cede luego de administrada la analgesia, el 20% realiza dichos cuidados a veces; valorar la aparición de RAMs, permite identificar precozmente posible complicaciones, dado que la medicación que reciben pueden provocar reacciones que alteren el bienestar del mismo. El controlar si el dolor cede, permite tener un mayor conocimiento acerca de la efectividad de los cuidados realizados, siempre con el fin de favorecer el mayor bienestar posible. Además de ser indispensable la correcta

administración de la analgesia, se debe hacer hincapié en los demás cuidados independientes de enfermería para abordar al usuario de manera global.

En cuanto a la alimentación se obtiene que, un 93% del personal siempre procura que el usuario se alimente, se debe hacer énfasis en este cuidado, dado que la alimentación provee nutrientes esenciales para mantener las funciones vitales básicas, lo que permite sobrellevar el importante desgaste metabólico que produce la enfermedad oncológica; un 74% valora siempre la permeabilidad, posición y fijación de la SNG y valora la presencia de náuseas y vómitos; el 60% siempre posiciona al usuario semifowler y según tolerancia, 93% proporciona siempre o en ocasiones alimentos y líquidos fraccionados. Al momento en que el usuario comienza con la alimentación enteral (por SNG y gastrostomias), se le brinda instancias educativas acerca de los cuidados que el mismo debe implementar al momento de su administración, esto conlleva a que el usuario sea protagonista activo de sus cuidados; lo anteriormente mencionado se relaciona con un porcentaje mínimo (7%) que refirieron la no realización de dichas actividades por parte del personal de enfermería, debido a que el usuario está instruido para realizar dicho cuidado, por este motivo, es de resaltar que a pesar de que el personal no lo realice en ocasiones, el mismo corrobora la técnica utilizada para realizar las correcciones que sean pertinentes.

En lo que respecta a la higiene y estado de la piel, el 100% del personal siempre realiza curación de heridas; un 85% siempre realiza higiene corporal y cambio de ropa de cama; un 74% siempre valora el estado de la piel, realiza cambios de posición y masajes suaves en zonas vulnerables; el 67% siempre seca minuciosamente la piel.

Todos estos cuidados en su conjunto favorecen al confort del usuario, mantiene la integridad de la piel, destacando que es la principal barrera frente a microorganismos, por lo tanto la valoración y cuidado continuo de la misma, es una de las actividades prioritarias que debe desempeñar la enfermera.

En relación a la variable movilidad y postura, un 80% siempre evita accidentes al movilizar al usuario; 67% siempre proporciona los medios necesarios para la movilidad del usuario. Según las características de la población objeto de estudio, la mayoría de los usuarios son moderadamente dependientes, lo que se ve reflejado en los siguientes porcentajes, el 46% del personal siempre realiza cambios posturales según tolerancia del usuario, un 54% a veces; un 67% en ocasiones colabora con las actividades de la vida diaria.

De la variable respiración, el 100% del personal de enfermería realiza aspiración de secreciones y administración de oxígeno según lo requiera el usuario; un 87% siempre valora permeabilidad, posición y fijación en caso de presentar traqueostomía; un 80% siempre posiciona al usuario semifowler para favorecer la ventilación; 41% a veces realiza fisioterapia respiratoria, y el 46% nunca, este último porcentaje se debe a que la totalidad de los usuarios con historia de dolor no requieren periódicamente la realización de dicho cuidado.

Es de destacar, la importancia de los cuidados de enfermería que amerita este sistema, con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario, dado que casi la totalidad de los mismos presentan neoplasias a nivel respiratorio.

En relación al reposo y sueño, un 54% siempre investiga posibles causas de la alteración del sueño; un 74% siempre o a veces facilitan que el usuario este acompañado si así lo desea.

Esta variable, no es satisfecha en un 100%, puesto que no es posible disminuir los ruidos y la luz ambiental en su totalidad, debido a la presencia de factores externos no modificables por el personal de enfermería.

Al desarrollar los datos recabados, se pudo identificar el actuar de enfermería frente a un usuario con historia de dolor oncológico del servicio de ORL, destacando el rol fundamental que desempeña el equipo de enfermería a través de los cuidados integrales e independientes de la profesión. Lo anteriormente mencionado, incentivo al grupo investigador a la elaboración de una serie de sugerencias acerca de los "cuidados en el dolor oncológico", basado en el modelo teórico de V. H., y cuidados en lo referente a la nutrición enteral mas utilizada en el servicio, con el objetivo de unificar criterios, previniendo posibles complicaciones, procurando su reinserción social con el mayor grado de autonomía, con la finalidad de que el usuario sea el principal beneficiado.

### **Conclusión**

Del trabajo de investigación final, se concluye que se cumplió con los objetivos propuestos, ya que se identificó cuáles son los cuidados más frecuentes que desempeña el personal de enfermería en el usuario con dolor oncológico; del mismo modo, se formularon propuestas acerca de algunos de estos, con la finalidad de brindar al servicio de ORL una guía que oriente su accionar diario.

Los cuidados de enfermería seleccionados como prioritarios por el grupo investigador se basaron en el Modelo teórico de Virginia Henderson y en la variable “Analgesia”.

Dadas las características propias del usuario oncológico, se selecciona el modelo anteriormente mencionado, en el cual se describen 14 necesidades básicas que engloban al usuario como un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual, las cuales deben ser satisfechas para lograr un equilibrio en su PSE; cuando una de estas se encuentra alterada, es enfermería quien debe actuar, poniendo en práctica sus conocimientos, habilidades y destrezas, para procurar elevar así, la calidad de vida del mismo.

Del análisis de los datos se obtuvo que, no se identificó una diferencia significativa entre la analgesia y las actividades independientes de enfermería, evidenciando la importancia que posee cada uno de ellos en particular, ya que la analgesia está enfocada directamente a disminuir el umbral del dolor, siendo a su vez una tarea interdependiente; por otro lado cuando nos referimos a las actividades independientes de enfermería, hacemos referencia a aquellos cuidados dirigidos a brindar un bienestar general.



De lo anteriormente expuesto, se puede concluir que tanto las actividades independientes como interdependientes deben interactuar simultánea y constantemente, el producto de dicha interrelación radica en beneficios directos para el usuario.

Como grupo concluimos que esta investigación hubiera quedado trunca, con el solo hecho de conocer los cuidados que realiza el personal de enfermería al usuario con dolor oncológico, es por este motivo que se decidió elaborar una propuesta basada en el tema central de la investigación (Dolor oncológico), la cual contempla las 14 necesidades que describe Henderson.

Por otra parte, al identificar que un alto porcentaje de la población estudio presenta alimentación enteral a través de SNG, gastrostomía, yeyunostomía y dada la importancia de los cuidados en cuanto a la manipulación de los mismos, es que se realizó una guía detallada de las intervenciones y precauciones que se deben tener presente a la hora de administrar soluciones (alimentación, medicación, líquidos) por esta vía.

Dada la gratitud que nos provocó la realización del trabajo de investigación final, como futuras Licenciadas en Enfermería, deseamos promover la actualización continua de conocimientos acerca del manejo del usuario con dolor oncológico, incentivando a la realización de próximas investigaciones, con el fin de profundizar aun más, hasta alcanzar una atención protocolizada al usuario otorrinolaringológico.

### **Sugerencias**

Las sugerencias brindadas por el grupo al Servicio de ORL, son guías de cuidados sobre:

- ✦ Cuidados de Enfermería en el usuario con dolor oncológico, basado en las catorce necesidades básicas que describe V. Henderson en su teoría.

(Ver Anexo N°: 7)

- ✦ Cuidados de Enfermería en la alimentación enteral mas utilizada (SNG, Gastrostomía, Yeyunostomía), en el servicio de ORL.

(Ver Anexo N°: 7)

#### **Se sugiere a futuras investigaciones:**

- Actualizar y profundizar las guías de cuidados elaboradas, a fin de protocolizarlas, cumpliendo con las Normas de Calidad ISO 9001.
- Realizar la investigación, formulando un nuevo cuestionario que abarque las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson.
- Realizar la investigación en una Institución Pública y en una Privada, contrastando los cuidados que se realizan en cada una de ellas.
- Realizar la investigación basada en otro modelo teórico de enfermería.

### **Referencias bibliográficas**

- Adloff M., Armitage J., Niederhuber J., Faston M. “Oncología clínica”. Volumen I y II. 3ª Edición. Madrid: Ed. Elsevier S.A; 2005.
- Alberdi R., Ballesteros H., Cabello B., Monpart M. “Conceptos de Enfermería”. 1ª Edición. Madrid: Ed. Rugarte; 1984.
- Almeida F., Castro R., Guzmán M., Mena de Rosas M. “Manual de la Enfermería”. MMV Edición: Ed. Cultural S. A; 1995.
- Astudillo W., Orbezo A., Latiegi A., Urdaneta E. “Cuidados paliativos en enfermería”. 1ª Edición. San Sebastián: Ed. Michelena Artes Graficas; 2003.
- Belcher A. “Enfermería y Cáncer”. 1ª Edición. Madrid: Ed. Mosby; 1995.
- Boenninghaus H.G “Otorrinolaringología”. 9ª Edición. Barcelona: Ed. Comgrafic S.A; 1995.
- Canales F., Alvarado E., Pineda B. “Metodología de la investigación”. 2ª Edición. OPS; 1994.
- Correa Undurraga A. “Manual de Otorrinolaringología”. 1ª Edición. Santiago: Ed. Mediterráneo; 1999.
- De Vita V., Hellman S., Rosenberg S. “Cáncer, principios y práctica de oncología”. Volumen I y II. 5ª Edición. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2000.
- Gómez Saicho M. “Medicina paliativa en la cultura latina”. 2ª Edición. España: Ed. Aran; 1999.
- González Barón M., Ordóñez Gallego A. “Dolor y cáncer, hacia una oncología sin dolor”: 13ª Edición. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2003.

- Leddy S., Pepper J. "Bases conceptuales de la Enfermería profesional". 1ª Edición. Filadelfia: Ed. J.B. Lippincott Company; 1985.
- López Imedio E. "Enfermería en cuidados paliativos". 1ª Edición Madrid: Ed. Médica Panamericana S.A; 1998.
- Merk S., Dohme R. "Nuevo manual Merck". 2ª Edición. Barcelona: Ed. Océano; 1997.
- Núñez J., López E. "Guía rápida de manejo avanzado de síntomas en el paciente Terminal". 1ª Edición. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2007.
- Otto S. "Enfermería Oncológica". Volumen II. 3ª Edición. Madrid: Ed. Mosby; 1999.
- Organización Mundial de la Salud. "Alivio de los síntomas en el enfermo Terminal". 1ª Edición. Filadelfia: Ed. J.B. Lippincott Company; 1999.
- Polit D., Hungler N. "Investigación científica en ciencias de la salud". 5ª Edición. México: Ed. MC GRAW-HILL Interamericana; 1997.
- Porta J., Gómez X., Tuca A. "Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y Terminal". 1ª Edición. Madrid: Ed. Aran; 2004.
- Porta J., Gómez X., Tuca A. "Organización de servicio y programas de cuidados paliativos". 1ª Edición. Madrid: Ed. Aran; 2005.
- Sabino C. "Como hacer una tesis". 2ª Edición. Caracas: Ed. Panapo; 1986.
- Sabino C. "El proceso de la investigación". 2ª Edición Caracas: Ed. Panapo; 1986.
- Sampieri Hernández R., Collado C., Lucio P. "Metodología de la Investigación". 2ª Edición. México: Ed. MC GRAW-HILL Interamericana; 1998.
- Jacox A., Carr DB., Payne R. "Manejo del dolor por cáncer". Volumen IX. Publicación 94. Texas: Ed. AHCPH Publication; 1994.

- Vasallo J., Barrios E., De Estefani E., Ronco A. “Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay 1996 – 1997”. Volumen II. 1ª Edición. Montevideo; 2001.
- Vasallo J., Barrios E. “Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay”. Volumen III. 1ª Edición. Montevideo; 2005.

Páginas Web:

-[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)

-[www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)

-[www.rmu.org.uy](http://www.rmu.org.uy)

-[www.medspain.com](http://www.medspain.com)

-[www.eapcnet.org](http://www.eapcnet.org)

-[www.intermedicina.com](http://www.intermedicina.com)

-[www.medicapanamericana.com](http://www.medicapanamericana.com)

-[www.bvsoncologia.org.uy](http://www.bvsoncologia.org.uy)





**DETERMINACIÓN DE PRESUPUESTO:**

<b><u>CALCULOS PRESUPUESTARIOS</u></b>	<b><u>CANTIDAD</u></b>	<b><u>COSTO UNITARIO</u></b>	<b><u>COSTO TOTAL</u></b>
<b><u>Boletos urbanos</u></b>	186	\$14	\$ 2604
<b><u>Boletos interdepartamentales</u></b>	26	\$120	\$ 3120
<b><u>Fotocopias</u></b>	170	\$0.60	\$ 102
<b><u>Impresiones</u></b>	625	\$ 3	\$ 1875
<b><u>Cyber</u></b>	35hs	\$ 12	\$ 420
<b><u>Alimentos</u></b>			\$ 980
<b><u>Materiales en general</u></b>			\$ 880
<b><u>SUB TOTAL</u></b>			\$ 9981

**Sub. Total: \$ 9981**

**Costos de imprevistos (5% del sub. total): \$ 499**

**Total: \$ 10.480**



# ***ANEXOS***

- **Anexo N°:1** Cartas de solicitud de autorización para desarrollar la investigación
- **Anexo N°:2** Cuestionario dirigido al personal de Enfermería
- **Anexo N°:3** Libro de codificación de las variables
- **Anexo N°:4** Tabulación de datos
- **Anexo N°:5** Gráficos
- **Anexo N°:6** Biografía de Virginia Henderson
- **Anexo N°:7** Sugerencias al Servicio de ORL

**ANEXO N°: 1**

Montevideo, 15 de Mayo de 2008.

Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela"  
Jefa de Enfermería Piso 10  
Lic. Enf. Marina Salerno:

Por la presente nos dirigimos a usted las estudiantes que cursan en la Facultad de Enfermería, la carrera de Licenciatura en Enfermería -cuya tutora a cargo es la docente Lic. en Enf, Prof. Virginia Aquino- con la finalidad de coordinar una entrevista con usted y las enfermeras de la unidad operativa del servicio de Otorrinofaringología del Hospital de Clínicas en el área de Internación.

Nuestro objetivo es aproximarnos al servicio, con la finalidad de tomar conocimiento acerca del funcionamiento, patologías más frecuentes, y así junto al personal del área operativa conocer los protocolos que se llevan a cabo. La información recabada nos permitirá realizar una aproximación diagnóstica del servicio, para concluir el trabajo de investigación final que requerimos para graduarnos.

Sin otro particular y esperando pronta respuesta,

Saludan atte.

**Grupo 3**

Br. Natalia de los Santos.  
Br. Silvana Gagnabin  
Br. Valeria Camejo.  
Br. Rosina Gorro.  
Br. Maria Eugenia Amaya

**Grupo 4**

Br. Lucia Hardía.  
Br. Lucía Rívoro  
Br. Leticia Leguizamón  
Br. Karina Cardoso  
Br. Gabriela Rodríguez

Montevideo, 30 de abril de 2008.

Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela”  
Directora de División de Enfermería.  
**Lic. Enf. Mg. Míriam Costabel:**

Por la presente nos dirigimos a usted las estudiantes que cursan en la Facultad de Enfermería, la carrera de Licenciatura en Enfermería -cuya tutora a cargo es la docente Lic. Enf. Prof. Virginia Aquino- con la finalidad de solicitar autorización para concurrir al servicio de Otorrinolaringología en las áreas de Policlínica e Internación de dicho Hospital.

Nuestro objetivo es conocer el área para obtener una aproximación diagnóstica que nos permitan realizar el trabajo final de investigación que requerimos para graduarnos.

La temática a abordar implica conocer el servicio de atención a usuarios de Otorrinolaringología, las características de la población y el protocolo que se utiliza para brindar un servicio de calidad

Sin otro particular y esperando pronta respuesta

Saludan atte.

Grupo 3:

Br: Natalia de los Santos.  
Br: Silvana Gagnebin  
Br: Valeria Camejo.  
Br: Rosina Garre.  
Br: Maria Eugenia Amaya

Grupo 4:

Br: Lucia Iardía.  
Br: Lucia Rivero  
Br Leticia Leguizamón  
Br: Karina Cardoso  
Br: Gabriela Rodríguez

**ANEXO N°:2**

**CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL  
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

Fecha: / /

El presente cuestionario esta dirigido al personal de enfermería del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas; la misma tiene como objetivo recolectar datos relevantes con el fin de conocer cuales son los cuidados de enfermería que se realizan al usuario con dolor oncológico durante su internación; los resultados serán analizados y tabulados en el trabajo de investigación final.

Este cuestionario es de carácter **Anónimo** y con previo **Consentimiento** por parte de los involucrados.

Marque con una cruz la profesión a la cual corresponda y complete el cuestionario según su Rol.

-Auxiliar en Enfermería   
-Licenciada en Enfermería

o **En relación a la “ALIMENTACIÓN” marque la opción que corresponda**

- A - ¿Proporcionó alimentos y líquidos fraccionados? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
B - ¿Procuró que el usuario se alimente? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
C - ¿Posicionó semifowler y según tolerancia? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
D - En caso de sonda nasogástrica:  
    ¿Valoró permeabilidad, posición y fijación? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
E - ¿Valoró presencia de nauseas y vómitos? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_

o **En relación a la “RESPIRACIÓN” marque la opción que corresponda**

- A - ¿Posicionó al usuario semifowler? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
B - ¿Administró oxígeno? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
C - ¿Aspiró secreciones? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
D - ¿Realizó fisioterapia respiratoria? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
E - En caso de presentar traqueostomía:  
    ¿Valoró permeabilidad, posición y fijación? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_

o **En relación a “HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL” marque la opción que  
corresponda**

- A - ¿Realizó higiene corporal y cambio ropa de cama? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
B - ¿Secó minuciosamente la piel, con especial cuidado  
    en zonas de pliegues cutáneos? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
C - ¿Valoró el estado de la piel? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
D - En caso de herida ¿realizó curación? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
E - ¿Realizó cambios de posición y masajes suaves en zonas  
    vulnerables en sentido circular? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_

○ **En relación a la “REPOSO Y SUEÑO” marque la opción que corresponda**

- A - ¿Disminuyó la luz ambiental? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
B - ¿Evitó ruidos innecesarios? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
C - ¿Indagó si existe alteración del sueño? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
D - ¿Facilitó que el usuario se encuentre acompañado para disminuir ansiedad? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
E - ¿Aseguró temperatura adecuada del ambiente? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_

○ **En relación a la “MOVILIDAD-POSTURA” marque la opción que corresponda**

- A - ¿Colaboró con las actividades de la vida diaria? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
B - ¿Realizó cambios posturales según tolerancia? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
C - ¿Proporcionó los medios necesarios para facilitar su movilidad? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
D - ¿Mantuvo la alineación corporal? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
E - ¿Evitó accidentes durante la movilización del usuario? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_

○ **En relación a la “ANALGESIA” marque la opción que corresponda**

- A - ¿Corroboró medicación, dosis, vía, paciente y horario? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
B - ¿Administró analgesia indicada? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
C - ¿Valoró reacciones adversas? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
D - ¿Controló si el dolor cede luego de la administración? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_  
E - En caso que el dolor no ceda:  
¿Consultó al medico de guardia? Siempre\_ A veces\_ Nunca\_

**ANEXO N°:3**

**LIBRO DE CODIFICACION DE LAS VARIABLES:**

<b><u>VARIABLE</u></b>	<b><u>CODIGO</u></b>	<b><u>CATEGORIA: Cuidados de Enfermería</u></b>
<b><u>-Alimentación</u></b>	1.1.A	Proporcionar los alimentos y líquidos fraccionados
	1.1.B	Procurar que el usuario se alimente
	1.1.C	Posicionar semifowler y según tolerancia
	1.1.D	En caso de SNG: valorar permeabilidad, posición y fijación
	1.1.E	Valorar presencia de náuseas y vómitos
<b><u>-Respiración</u></b>	1.2.A	Posicionar al usuario semifowler
	1.2.B	Administrar oxígeno
	1.2.C	Aspirar secreciones
	1.2.D	Realizar fisioterapia respiratoria
	1.2.E	En caso de presentar traqueostomía: valorar permeabilidad, posición y fijación.
<b><u>-Higiene y estado de la piel</u></b>	1.3.A	Realizar higiene corporal y cambio de ropa de cama
	1.3.B	Secar minuciosamente la piel, con especial cuidado en zona de pliegues cutáneos
	1.3.C	Valorar diariamente el estado de la piel
	1.3.D	Realizar curación si lo amerita
	1.3.E	Realizar cambios de posición y masajes suaves en zonas vulnerables en sentido circular
<b><u>-Reposo y sueño</u></b>	1.4.A	Disminuir la luz ambiental
	1.4.B	Evitar ruidos innecesarios
	1.4.C	Investigar las posibles causas de alteración del sueño

	1.4.D	Asegurar una temperatura adecuada
	1.4.E	Facilitar que el usuario pueda estar acompañado, si así lo desea
<b><u>-Movilidad y postura</u></b>	1.5.A	Colaborar con las actividades de la vida diaria
	1.5.B	Realizar cambios posturales según tolerancia
	1.5.C	Proporcionar los medios necesarios para facilitar su movilidad
	1.5.D	Mantener la alineación corporal
	1.5.E	Evitar accidentes al movilizar al usuario
<b><u>-Analgesia</u></b>	1.6.A	Corroborar medicación, dosis, vía, paciente y horario
	1.6.B	Administración de analgesia
	1.6.C	Valorar reacciones adversas
	1.6.D	Controlar si el dolor cede luego de la administración
	1.6.E	En caso que el dolor no ceda, consultar al médico de guardia

**ANEXO N°:4**

**Tabulación de datos**

**Tabla N° 1: Cuidados de Enfermería en usuarios con dolor oncológico**

<b>1.Cuidados de Enfermería</b>	<b>AE1</b>	<b>AE2</b>	<b>AE3</b>	<b>AE4</b>	<b>AE5</b>	<b>AE6</b>	<b>AE7</b>	<b>AE8</b>	<b>AE9</b>	<b>AE10</b>	<b>AE11</b>	<b>LE12</b>	<b>LE13</b>	<b>LE14</b>	<b>LE15</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
1.1. Alimentación	8	7	8	7	9	9	10	5	7	8	10	7	9	9	9	122	19%
1.2. Respiración	7	8	6	8	9	9	8	5	5	6	6	6	9	7	9	108	15%
1.3. Higiene y estado de la piel	6	8	9	9	9	9	7	8	4	7	9	7	9	9	8	118	17%
1.4. Reposo y sueño.	5	9	8	6	6	9	6	1	4	6	2	2	7	9	5	85	12%
1.5. Movilidad y postura	6	8	9	6	7	10	9	5	6	7	7	5	9	10	8	112	16%
1.6. Analgesia	10	10	10	10	10	10	10	9	8	9	7	8	10	10	10	141	21%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>46</b>	<b>50</b>	<b>56</b>	<b>50</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>35</b>	<b>53</b>	<b>54</b>	<b>49</b>	<b>686</b>	<b>100%</b>



**Tabla N° 2: Alimentación**

<b>1.1 Alimentación</b>	<b>AE1</b>	<b>AE2</b>	<b>AE3</b>	<b>AE4</b>	<b>AE5</b>	<b>AE6</b>	<b>AE7</b>	<b>AE8</b>	<b>AE9</b>	<b>AE10</b>	<b>AE11</b>	<b>LE12</b>	<b>LE13</b>	<b>LE14</b>	<b>LE15</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
1.1.A. Proporcionar los alimentos y líquidos fraccionados	1	1	1	1	2	1	2	0	1	1	2	1	1	1	2	18	14%
1.1.B. Procurar que el usuario se alimente	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	29	23%
1.1.C. Posicionar semifowler y según tolerancia	2	1	1	2	2	2	2	0	1	2	2	1	2	2	1	23	19%
1.1.D. En caso de SNG: valorar permeabilidad, fijación, posición	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26	22%
1.1.E. Valorar presencia de náuseas y vómitos	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	26	22%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>

**Tabla N° 3: Respiración**

<b>1.2. Respiración</b>	<b>AE1</b>	<b>AE2</b>	<b>AE3</b>	<b>AE4</b>	<b>AE5</b>	<b>AE6</b>	<b>AE7</b>	<b>AE8</b>	<b>AE9</b>	<b>AE10</b>	<b>AE11</b>	<b>LE12</b>	<b>LE13</b>	<b>LE14</b>	<b>LE15</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
1.2. A. Posicionar al usuario semifowler	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	27	25%
1.2. B. Administrar oxígeno	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	22	20%
1.2. C. Aspirar secreciones	1	2	2	2	2	2	2	0	1	1	1	1	2	1	1	21	19%
1.2. D. Realizar fisioterapia respiratoria	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1	2	10	10%
1.2. E. En caso de presentar traqueostomía: valorar permeabilidad, fijación, posición	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	28	26%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

**Tabla N° 4: Higiene y estado de la piel**

<b>1.3. Higiene y estado de la piel</b>	<b>AE1</b>	<b>AE2</b>	<b>AE3</b>	<b>AE4</b>	<b>AE5</b>	<b>AE6</b>	<b>AE7</b>	<b>AE8</b>	<b>AE9</b>	<b>AE10</b>	<b>AE11</b>	<b>LE12</b>	<b>LE13</b>	<b>LE14</b>	<b>LE15</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
1.3. A. Realizar higiene corporal y cambio de ropa de cama	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	23	19%
1.3. B. Secar minuciosamente la piel, sobre todo en zonas de pliegues cutáneos	1	2	2	2	2	2	1	2	0	2	2	1	2	2	1	24	21%
1.3. C. Valorar diariamente el estado de la piel	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	26	22%
1.3. D. Realizar curación si lo amerita y según indicación médica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30	25%
1.3. E. Realizar cambios de posición y masajes suaves en zonas vulnerables en sentido circular	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	2	1	2	15	13%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>118</b>	<b>100%</b>

**Tabla N° 5: Reposo y sueño**

<b>1.4. Reposo y sueño</b>	<b>AE1</b>	<b>AE2</b>	<b>AE3</b>	<b>AE4</b>	<b>AE5</b>	<b>AE6</b>	<b>AE7</b>	<b>AE8</b>	<b>AE9</b>	<b>AE10</b>	<b>AE11</b>	<b>LE12</b>	<b>LE13</b>	<b>LE14</b>	<b>LE15</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
1.4. A. Disminuir la luz ambiental	1	2	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	1	2	1	12	14%
1.4. B. Evitar ruidos innecesarios	1	2	1	2	1	2	1	0	1	1	1	0	2	2	1	18	21%
1.4. C. Investigar las posibles causas de la alteración del sueño	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	23	27%
1.4. D. Asegurar una temperatura adecuada	1	2	2	1	2	2	1	0	1	1	0	1	2	1	1	18	21%
1.4. E. Facilitar que el usuario se encuentre acompañado	1	2	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	2	1	14	17%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

**Tabla N° 6: Movilidad y postura**

<u>1.5. Movilidad y postura</u>	<u>AE1</u>	<u>AE2</u>	<u>AE3</u>	<u>AE4</u>	<u>AE5</u>	<u>AE6</u>	<u>AE7</u>	<u>AE8</u>	<u>AE9</u>	<u>AE10</u>	<u>AE11</u>	<u>LE12</u>	<u>LE13</u>	<u>LE14</u>	<u>LE15</u>	<u>FA</u>	<u>FR%</u>
1.5. A. Colaborar con las actividades de la vida diaria	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	20	18%
1.5. B. Realizar cambios posturales según tolerancia	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	22	20%
1.5. C. Proporcionar los medios necesarios para facilitar su movilidad	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	25	22%
1.5. D. Mantener la alineación corporal	1	1	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	2	2	2	18	16%
1.5. E. Evitar accidentes al movilizar al usuario	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	27	24%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

**Tabla N° 7: Analgesia**

<b>1.6. Analgesia</b>	<b>AE1</b>	<b>AE2</b>	<b>AE3</b>	<b>AE4</b>	<b>AE5</b>	<b>AE6</b>	<b>AE7</b>	<b>AE8</b>	<b>AE9</b>	<b>AE10</b>	<b>AE11</b>	<b>LE12</b>	<b>LE13</b>	<b>LE14</b>	<b>LE15</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
1.6. A Corroborar medicación, dosis, vía, paciente y horario	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30	21.5%
1.6. B. Administración de analgesia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30	21.5%
1.6. C. Valorar reacciones adversas	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	27	19%
1.6. D. Controlar si el dolor cede luego de la administración	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	27	19%
1.6. E. En caso que el dolor no ceda, consulto al medico de guardia	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	2	27	19%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>141</b>	<b>100%</b>

**Tabla N°:8**

<b>Alimentación</b>	<b>Nunca (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>A veces (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>Siempre (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>Total FA</b>	<b>Total FR%</b>
<b>1.1</b>								
1.1.A	1	7%	10	67%	4	26%	15	100%
1.1.B	0	0%	1	7%	14	93%	15	100%
1.1.C	1	7%	5	33%	9	60%	15	100%
1.1.D	0	0%	4	26%	11	74%	15	100%
1.1.E	0	0%	4	26%	11	74%	15	100%

**Tabla N°:9**

<b>Respiración</b>	<b>Nunca (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>A veces (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>Siempre (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>Total FA</b>	<b>Total FR%</b>
<b>1.2</b>								
1.2.A	0	0%	3	20%	12	80%	15	100%
1.2.B	0	0%	8	54%	7	46%	15	100%
1.2.C	0	0%	7	46%	8	54%	15	100%
1.2.D	7	46%	6	41%	2	13%	15	100%
1.2.E	0	0%	2	13%	13	87%	15	100%

**Tabla N°:10**

<b>Higiene y estado de la piel 1.3</b>	<b>Nunca (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>A veces (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>Siempre (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>Total FA</b>	<b>Total FR%</b>
1.3.A	0	0%	2	15%	13	85%	15	100%
1.3.B	1	7%	4	26%	10	67%	15	100%
1.3.C	0	0%	4	26%	11	74%	15	100%
1.3.D	0	0%	0	0%	15	100%	15	100%
1.3.E	2	13%	2	13%	11	74%	15	100%

**Tabla N°:11**

Reposo y sueño 1.4	Nunca (FA)	FR%	A veces (FA)	FR%	Siempre (FA)	FR%	Total FA	Total FR%
1.4.A	6	40%	6	40%	3	20%	15	100%
1.4.B	2	13%	8	54%	5	33%	15	100%
1.4.C	0	0%	7	46%	8	54%	15	100%
1.4.D	2	13%	8	54%	5	33%	15	100%
1.4.E	4	26%	8	54%	3	20%	15	100%

**Tabla N°:12**

Movilidad y postura 1.5	Nunca (FA)	FR%	A veces (FA)	FR%	Siempre (FA)	FR%	Total FA	Total FR%
1.5.A	0	0%	10	67%	5	33%	15	100%
1.5.B	0	0%	8	54%	7	46%	15	100%
1.5.C	0	0%	5	33%	10	67%	15	100%
1.5.D	1	7%	10	67%	4	26%	15	100%
1.5.E	0	0%	3	20%	12	80%	15	100%

**Tabla N°:13**

Analgesia 1.6	Nunca (FA)	FR%	A veces (FA)	FR%	Siempre (FA)	FR%	Total FA	Total FR%
1.6.A	0	0%	0	0%	15	100%	15	100%
1.6.B	0	0%	0	0%	15	100%	15	100%
1.6.C	0	0%	3	20%	12	80%	15	100%
1.6.D	0	0%	3	20%	12	80%	15	100%
1.6.E	1	7%	1	7%	13	86%	15	100%



**ANEXO N°:5**

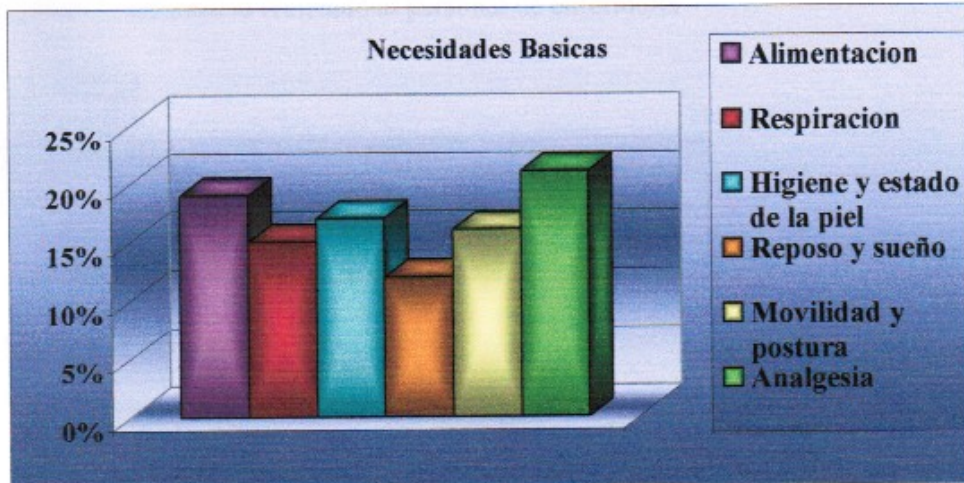
**Gráficos**

**✚ DATOS DE LAS SEIS VARIABLES ESTUDIADAS:**

**Tabla N°:1**

<b>Necesidades básicas</b>	<b>FR%</b>
Alimentación	19%
Respiración	15%
Higiene y estado de la piel	17%
Reposo y sueño	12%
Movilidad y postura	16%
Analgesia	21%

**Grafico N°:1**



Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**✚ DATOS DE LA VARIABLE ALIMENTACION:**

**Tabla N°:2**

1.1.A	FR%
Nunca	7%
A veces	67%
Siempre	26%

**Grafico N°:2**

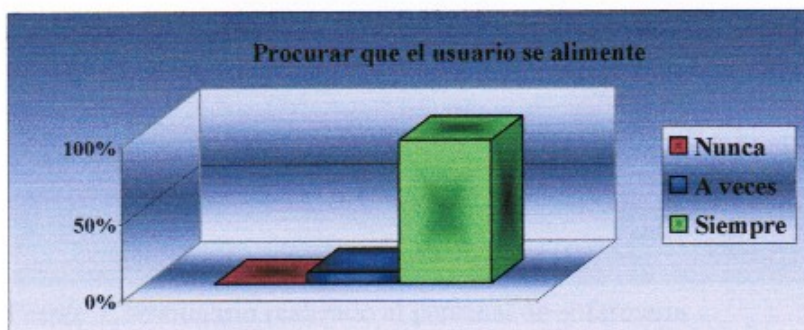


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:3**

1.1.B	FR%
Nunca	0%
A veces	7%
Siempre	93%

**Grafico N°:3**

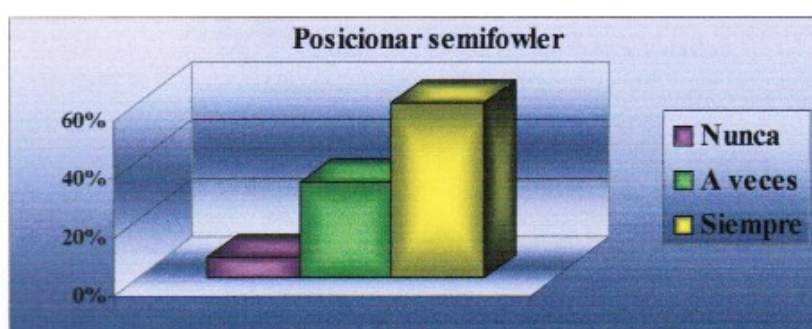


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:4**

1.1.C	FR%
Nunca	7%
A veces	33%
Siempre	60%

**Grafico N°:4**

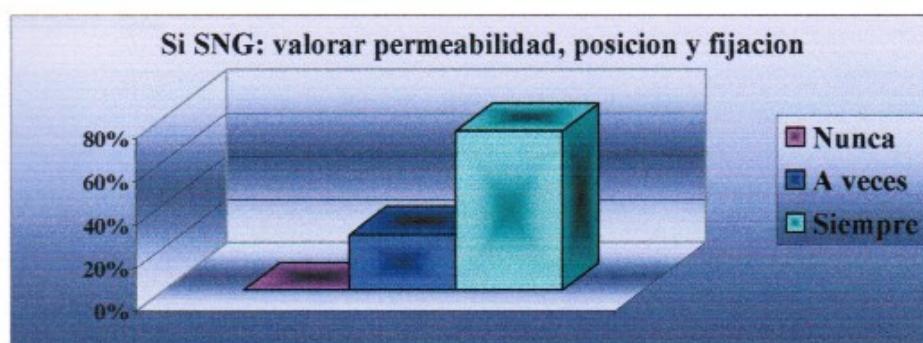


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:5**

1.1.D	FR%
Nunca	0%
A veces	26%
Siempre	64%

**Grafico N°:5**

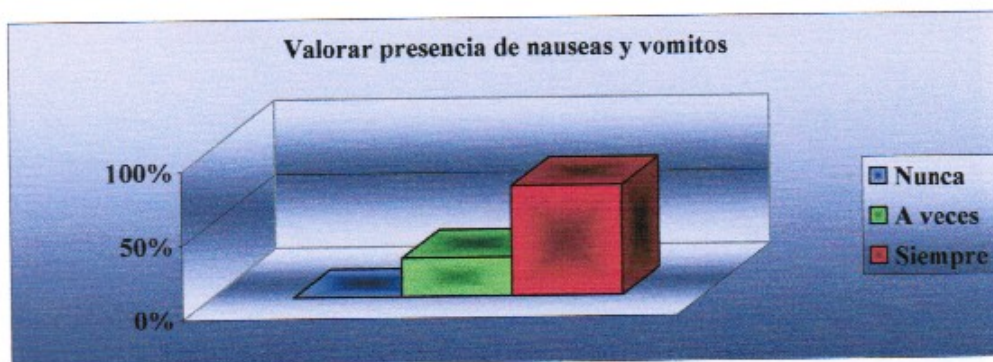


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:6**

1.1.E	FR%
Nunca	0%
A veces	26%
Siempre	74%

**Grafico N°:6**



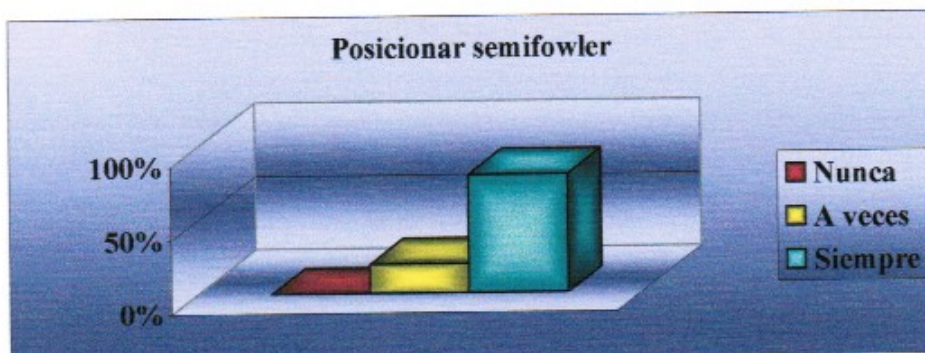
Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**✚ DATOS DE LA VARIABLE RESPIRACION:**

**Tabla N°:7**

1.2.A	FR%
Nunca	0%
A veces	20%
Siempre	80%

**Grafico N°:7**



Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:8**

1.2.B	FR%
Nunca	0%
A veces	54%
Siempre	46%

**Grafico N°:8**

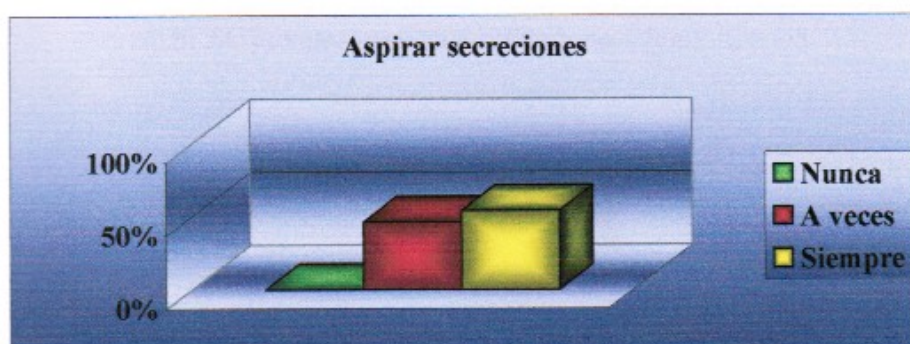


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:9**

1.2.C	FR%
Nunca	0%
A veces	46%
Siempre	54%

**Grafico N°:9**

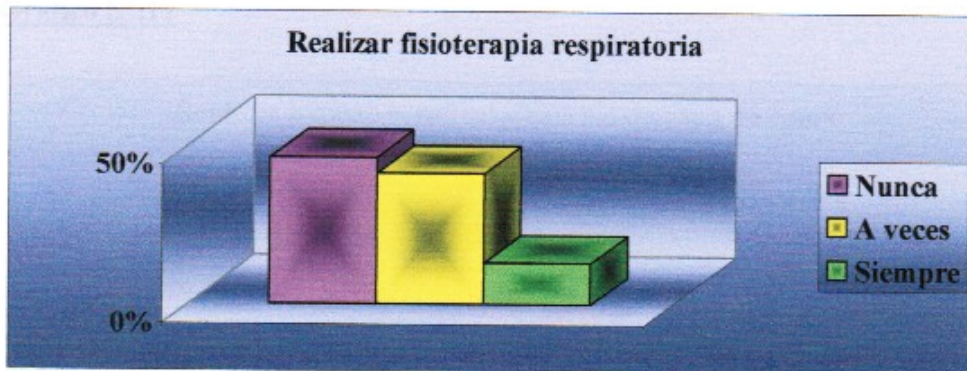


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:10**

1.2.D	FR%
Nunca	46%
A veces	41%
Siempre	13%

**Grafico N°:10**

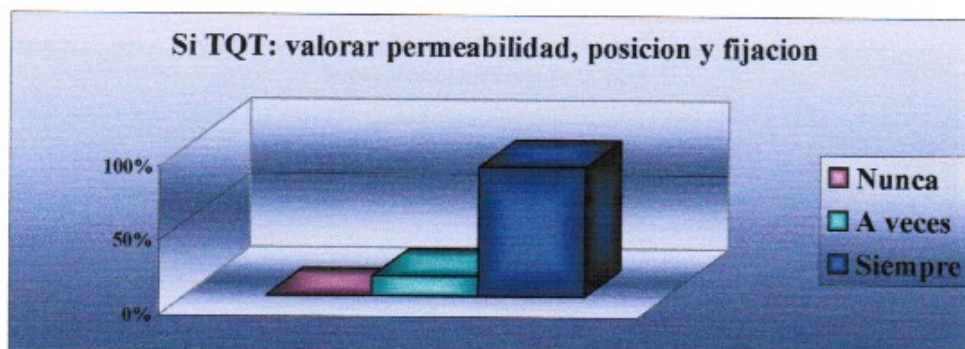


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:11**

1.2.E	FR%
Nunca	0%
A veces	13%
Siempre	87%

**Grafico N°:11**



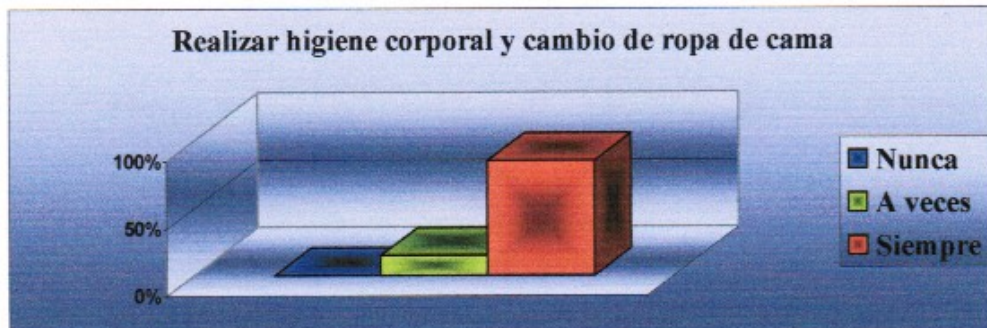
Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**DATOS DE LA VARIABLE HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL:**

**Tabla N°:12**

1.3.A	FR%
Nunca	0%
A veces	15%
Siempre	85%

**Grafico N°:12**

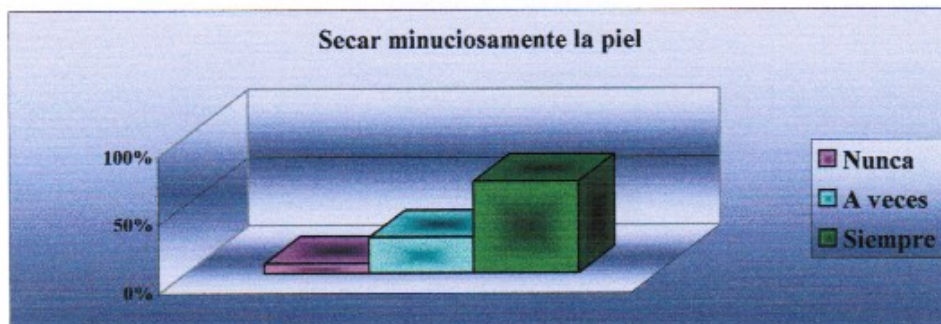


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:13**

1.3.B	FR%
Nunca	7%
A veces	26%
Siempre	67%

**Grafico N°:13**

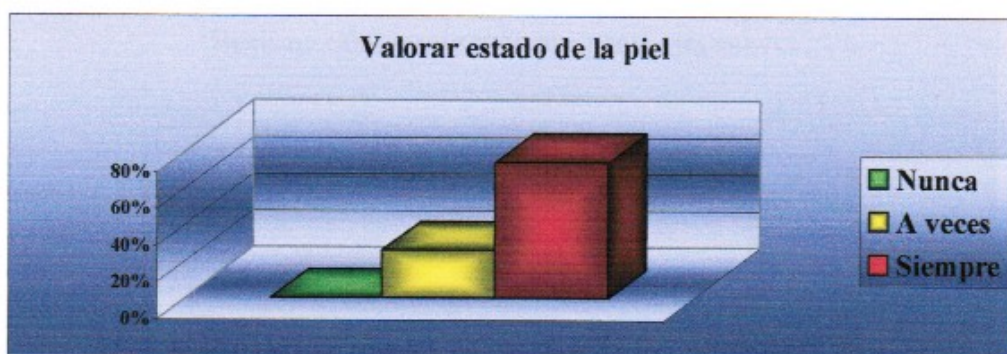


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:14**

1.3.C	FR%
Nunca	0%
A veces	26%
Siempre	74%

**Grafico N°:14**

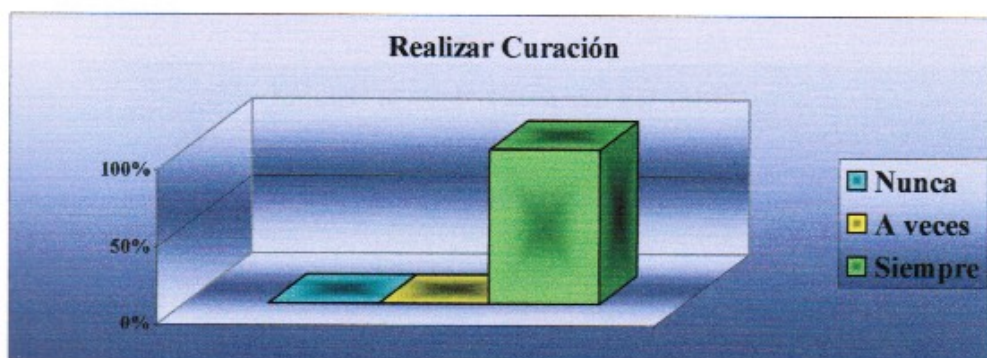


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:15**

1.3.D	FR%
Nunca	0%
A veces	0%
Siempre	100%

**Grafico N°:15**



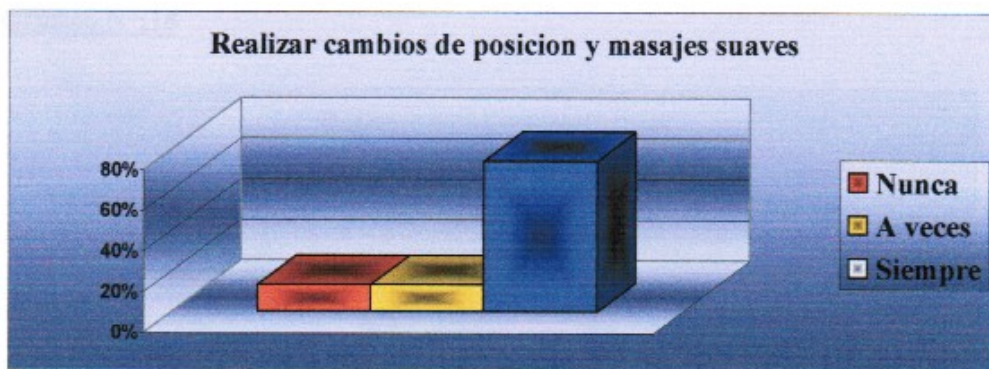
Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería



**Tabla N:16**

1.3.E	FR%
Nunca	13%
A veces	13%
Siempre	74%

**Grafico N°:16**



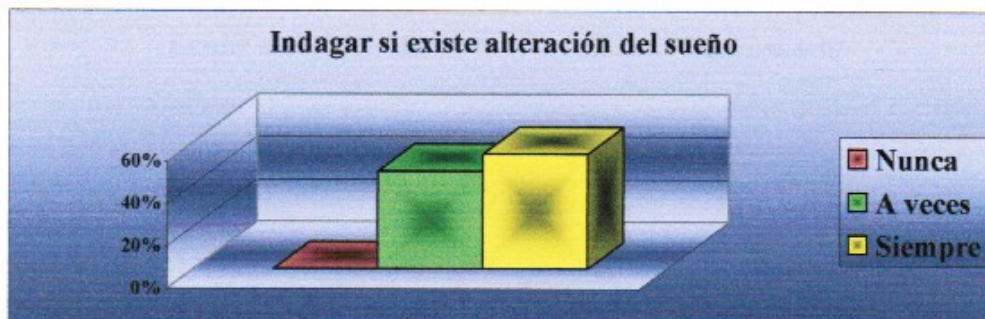
Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**⚡ DATOS DE LA VARIABLE REPOSO Y SUEÑO:**

**Tabla N°:17**

1.4.C	FR%
Nunca	0%
A veces	46%
Siempre	54%

**Grafica N°:17**



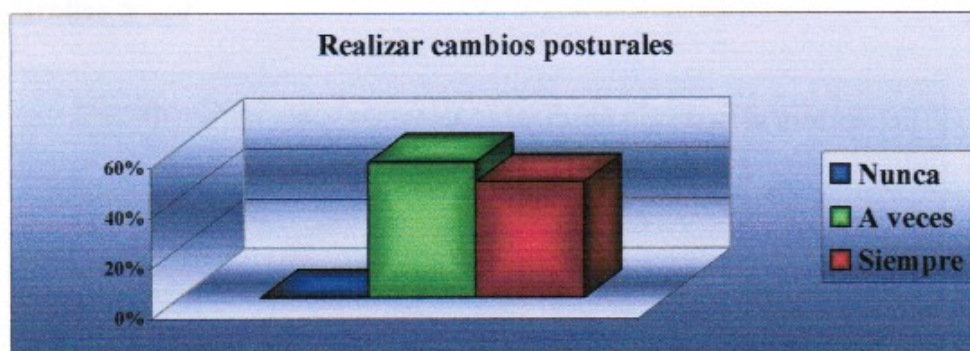
Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**✚ DATOS DE LA VARIABLE MOVILIDAD Y POSTURA:**

**Tabla N°:18**

1.5.B	FR%
Nunca	0%
A veces	54%
Siempre	46%

**Grafico N°:18**

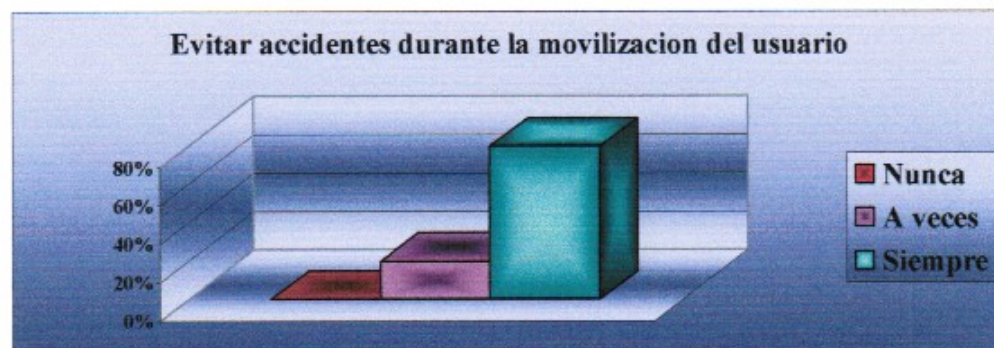


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:19**

1.5.E	FR%
Nunca	0%
A veces	20%
Siempre	80%

**Grafico N°:19**



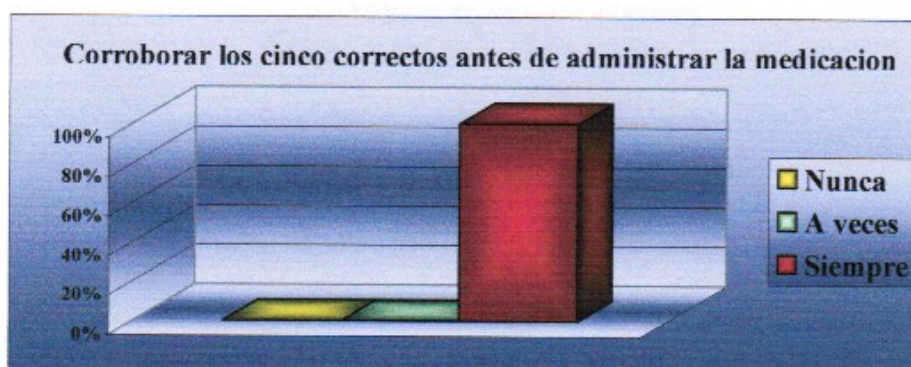
Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**✚ DATOS DE LA VARIABLE ANALGESIA:**

**Tabla N°:20**

1.6.A	FR%
Nunca	0%
A veces	0%
Siempre	100%

**Grafico N°:20**

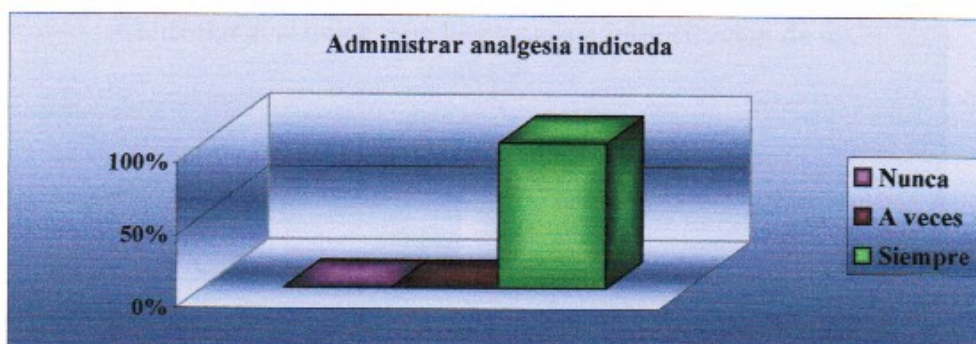


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:21**

1.6.B	FR%
Nunca	0%
A veces	0%
Siempre	100%

**Grafico N°:21**



Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:22**

1.6.C	FR%
Nunca	0%
A veces	20%
Siempre	80%

**Grafico N°:22**

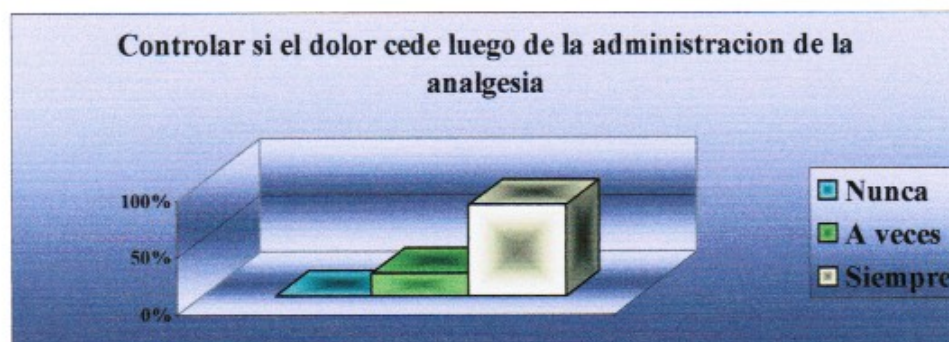


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:23**

1.6.D	FR%
Nunca	0%
A veces	20%
Siempre	80%

**Grafico N°:23**

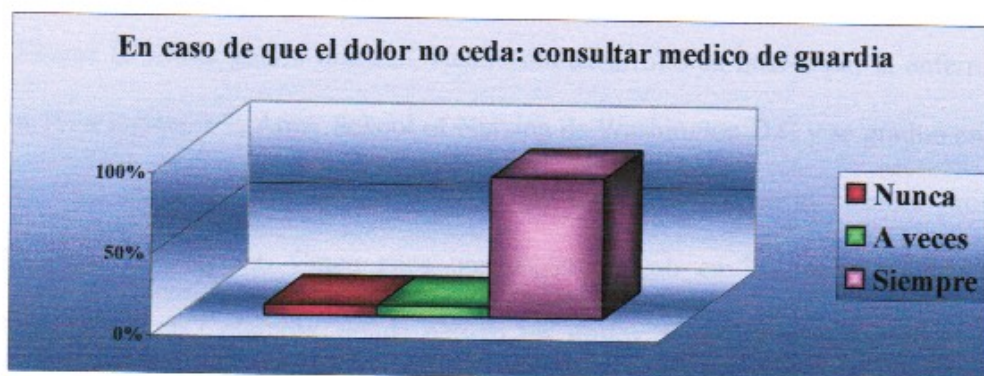


Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**Tabla N°:24**

1.6.E	FR%
Nunca	0%
A veces	20%
Siempre	80%

**Grafico N°:24**



Fuente: Cuestionario realizado al personal de enfermería

**ANEXO N°:6**

**BIOGRAFIA DE VIRGINIA HENDERSON:**

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas City, Missouri, pero su infancia y adolescencia la vivió en Virginia.

Durante la primer guerra mundial, Henderson desarrollo su interés por la enfermería y en 1918 ingreso a la Army School of Nursing de Washington D.C y se graduó en 1921. En 1922 inicio su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años mas tarde ingreso en Teacher's Collage de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S y M.A en formación de enfermería.

Luego de trabajar como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de New York, vuelve al Teacher's Collage en 1930, como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional, hasta 1948.

Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora.

Durante su estancia en el Teacher's Collage, reescribió la 4ª edición de la obra de Berta Harmer, Textbook of the Principles and Practice of Nursing, tras la muerte de la autora, siendo publicada esta edición en 1939. La 5ª edición de este libro de texto se publico en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la enfermería.

Desarrollando una gran labor en investigación sobre la enfermería, Henderson elaboro como autora o participo como coautora en varios trabajos importantes siendo, muchos

de ellos, traducidos a más de 25 idiomas. Su influencia y logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado varios premios a lo largo de su vida. En la convención de la American Nursing Association, recibió una mención especial por las contribuciones que ha realizado durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería.<sup>10</sup> Falleció en 1996 a la edad de 99 años, en el mismo lugar de su nacimiento.

---

<sup>10</sup> Henderson V. "Principios básicos de los cuidados de enfermería". Ginebra; 1971.

## ANEXO N°:7

### ALIMENTACIÓN ENTERAL QUE SE UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SERVICIO:



#### Cuidados Generales de la SNG:

- 1- Higiene de manos
- 2- Al comienzo de la alimentación enteral probar tolerancia:
  - Con suero glucosado al 5% de 250cc, pasando a 41 gotas/min. Aprox.
  - Si tolera, comenzar con soluciones líquidas, 4 tomas de 250cc
  - al día siguiente aumentar progresivamente a 1500 ml en 24 horas
  - al tercer día el volumen final aumenta según requerimientos del paciente.
- 3- Procurar que el paciente ingiera líquidos; como mínimo 2Lts de agua /día, distribuidos en 8 tomas de 250cc.
- 4- Cambiar cada 2 días la fijación de la sonda nasogástrica en nariz y frente, asegurando que el nudo de la fijación no presione la mucosa nasal.
- 5- Realizar higiene bucal diariamente con agua, manteniendo los labios hidratados; en caso de alteración en la mucosa bucal notificar al médico.
- 6- Realizar higiene de narinas diariamente con solución salina, retirando mucosidad. No introducir ningún elemento extraño en la nariz.
- 7- en caso de enrojecimiento de la mucosa nasal, cambiar la fijación hacia el pómulo, lo que permitirá una rotación de la zona de apoyo.
- 8- Educar sobre los cuidados generales de alimentación por SNG:
  - Higiene de manos del paciente
  - Lavado del set de alimentación
  - Cantidad de alimentos a administrar
  - Posición fowler
  - Lavado post alimentación
  - Signos de alarma que deba notificarle a enfermería y / o médicos.
  - comprobar luego de la educación, que la manipulación del set sea el adecuado.
- 9- Registro en historia clínica



## CUIDADOS DE ENFERMERÍA



### SONDA NASOGÁSTRICA



#### Antes de la Alimentación

- 1- Higiene de manos del personal de enfermería
- 2- Valorar al usuario en busca de distensión abdominal, reblandecimiento de heces, presencia de dolor, flatos.
- 3- Verificar la fecha de caducidad de los alimentos, cambios en la coloración, consistencia, temperatura.
- 4- Verificar permeabilidad, aspirando con jeringa de 20cc, para visualizar la presencia de contenido gástrico.
- 5- Asegurarse que el usuario se encuentre en posición semisentado.
- 6- Administrar el alimento a temperatura ambiental 25°; medir la temperatura del alimento con la cara posterior de la mano.
- 7- Registro en historia clínica

#### Después de la Alimentación

- 1- Higiene de manos del personal de enfermería
- 2- Lavar la sonda nasogastrica con agua para evitar obstrucción de la misma (100 - 200 ml).
- 3- Pinzar la sonda nasogastrica antes que halla fluido toda la solución.
- 4- El usuario debe permanecer en la posición fowler o en decúbito lateral a 30° durante 30 minutos.
- 5- Realizar higiene del set de alimentación con agua, dejar secar al aire, protegiendo la extremidad de la tubuladura; luego de su completo secado mantenerlo en una bolsa limpia, cerrada herméticamente.
- 6- Registro en historia clínica

## GASTROSTOMIA - YEYUNOSTOMIA



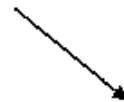
### Cuidados Generales

- 1 - Higiene de manos del personal de enfermería
- 2 - Verificar tolerancia del alimento, valorar la presencia de náuseas, vómitos
- 3 - Controlar punto de fijación de tubo
- 4 - Inspeccionar el ostoma en busca de signos de infección y necrosis, registrarlos; en caso de alteración notificar al médico.
- 5 - Realizar curación peritubo, cada 24 horas con suero fisiológico y curación plana, hasta su cicatrización.
- 6 - Educar sobre los cuidados generales de alimentación gastrostomía y yeyunostomía:
  - higiene de manos del paciente
  - lavado del set de alimentación
  - posición fowler
  - cantidad de alimentos a administrar
  - lavado post alimentación
  - signos de alarma que deba notificarle a enfermería y / o médicos
- 7 - Registro en historia clínica

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA



## GASTROSTOMIA – YEYUNOSTOMIA



### **Antes de Administrar alimentos**

- 1- Higiene de manos del auxiliar de enfermería
- 2- Auscultar los ruidos hidroaéreos antes de cada alimentación para determinar el peristaltismo intestinal.
- 3- Verificar el contenido gástrico residual antes de cada alimentación intermitente. No administrar si hay más de 150 ml y repetir la verificación al cabo de 3-4 horas, con notificación al médico si persiste el volumen residual.
- 4- Registro en historia clínica

### **Después de la Alimentación**

- 1- Higiene de manos del auxiliar de enfermería
- 2- Posicionar al usuario fowler durante 30-60 minutos después de la alimentación para disminuir el riesgo de broncoaspiración.
- 3- Lavar el tubo con 30-50 ml de agua
- 4- Valorar la presencia de complicaciones frecuentes de la alimentación entérica:
  - Hiperglucemias
  - Distensión abdominal
  - Diarrea
  - Broncoaspiración.
- 5- Registro en historia clínica

## ALTERACIONES FARMACÉUTICAS



### **Interacción Fármaco – Nutriente en Alimentación enteral**

- 1-Siempre lavar la Sonda enteral con 20 – 30 ml de agua antes y después de la administración de la medicación.
- 2-Si el medicamento tiene incompatibilidad fisicoquímica con el nutriente, suspender la nutrición por un mínimo de 30 minutos antes y después;
  - alimentación + sulfato ferroso produce gelificación,
  - alimentación + sales de potasio produce coagulación,
  - alimentación + antiácidos produce precipitación de las proteínas del nutriente,
  - Ciprofloxacina y norfloxacina + calcio producen quelatos.
  - Fenitoína + calcio produce precipitación
  - Alimentación + Fenitoína produce alteración en la permeabilidad de sonda
  - Alimentación + Haloperidol produce alteración en la permeabilidad de sonda
  - Alimentación + Eritromicina produce obstrucción y alteraciones gastrointestinales ( por este motivo se debe diluir en 100ml de agua).
  - Alimentación + Aldomet produce pérdida de actividad del fármaco.
  - Alimentación + Digoxina produce incompatibilidad.
  - Alimentación + Ampicilina, o azitromicina, o bisacodilo, o captopril, o ciprofloxacina, o furosemide, o nifedipina, o omeprazol, o penicilina, o rifampicina, o tetraciclina produce disminución en la absorción del fármaco.



### **Alteraciones en la función del fármaco al modificar su estructura.**

- 1-Al inicio de la administración el usuario debe de estar fowler en la cama, al finalizar la administración mantener el usuario sentado 20 - 30 minutos o en decúbito lateral derecho con la cabeza ligeramente elevada.
- 2-Administrar el medicamento con una jeringa de 20 ml acoplada a la sonda sin forzar su entrada.
- 3-Evitar la administración simultánea de varios medicamentos a menos que la compatibilidad sea conocida.
- 4-No triturar los siguientes comprimidos:
  - con cubierta entérica (ejemplo AAS, algunos preparados de hierro)
  - de liberación controlada: ejemplo nifedipina, carbamazepina.
  - de absorción sublingual: ejemplo nitroglicerina.(La trituración de estos medicamentos produce alteración en la especialidad farmacéutica).
- 5-Utilizar formas farmacéuticas líquidas; en caso de alta viscosidad, diluir en 15 – 20 ml de agua.
- 6-Administrar primero las formas líquidas y luego las mas viscosas.
- 7-Si no hay de consistencia líquida, preparar una solución o suspensión a partir de las formas sólidas.
- 8-Si son comprimidos simples o revestidos: triturar para obtener polvo fino y mezclar con 30 ml de agua
- 9-Si son cápsulas de gelatina blanda, vaciar por presión y disolver con el diluyente correspondiente
- 10-Si es cápsula de gelatina dura, abrir las capsulas y disolver su contenido.

## COMPLICACIONES EN LA NUTRICIÓN ENTERAL

### Complicaciones Gastrointestinales

#### En presencia de Diarrea:

##### Cuidados de enfermería:

- 1- Comprobar la posición de la sonda.
- 2- Revisar la manipulación de la dieta y la técnica de perfusión.
- 3- Valorar los tratamientos que recibe en lo que respecta a la medicación.
- 4- Controlar el aspecto, frecuencia y volumen de las heces.
- 5- Disminuir el aporte de la nutrición enteral hasta que se corrija la misma.
- 6- Comunicar a la nutricionista y médico tratante sobre dicha situación.
- 7- Fomentar la ingesta de líquidos.
- 6- Realizar balance hídrico.
- 7- Controlar paraclínica (ionograma).
- 8- Registro en historia clínica.

#### En presencia de Náuseas, Vómitos y/o regurgitación:

##### Cuidados de enfermería:

- 1- Detener la perfusión y revisar la posición del paciente y la sonda.
- 2- Valorar las características del preparado (color, temperatura, consistencia).
- 3- Revisar la técnica de administración.
- 4- Comprobar el residuo gástrico.
- 5- Informar la situación al médico tratante y Nutricionista.
- 6- Valorar los efectos de los tratamientos medicamentosos.
- 7- Registro en historia clínica.

#### Estreñimiento:

##### Cuidados de enfermería:

- 1- Promover interconsulta con nutricionista.
- 2- Administrar dieta rica en fibras, fraccionando los alimentos en varias tomas diarias.
- 3- Fomentar la ingesta de líquido.
- 4- Fomentar la movilización.
- 5- Controlar el número y aspecto de las deposiciones.
- 6- Registro en historia clínica.

## Complicaciones Infecciosas

### Broncoaspiración:

#### Cuidados de enfermería:

- 1- Higiene de manos.
- 2- Comprobar la posición de la sonda antes de perfundir.
- 3- Mantener al paciente en posición semisentado.
- 4- Valorar el residuo gástrico periódicamente.
- 5- Detener la perfusión si aparecen signos de aspiración.
- 6- Si se sospecha de broncoaspiración: aspirado bronquial y valoración médica.
- 7- Registro en historia clínica.

### Relacionado con la dieta y punto de inserción:

#### Cuidados de enfermería:

- 1- Higiene de manos.
- 2- Valorar el punto de inserción de la sonda en busca de enrojecimiento, edema, calor.
- 3- Mantener higiene en la manipulación del preparado.
- 4- No añadir preparado al que se esta perfundiendo.
- 5- Cambiar los equipos de perfusión cada 24 horas.
- 6- Registro en historia clínica.

## Complicaciones Metabólicas

### Alteración del balance hídrico:

#### Cuidados de enfermería

- 1- Control de pérdidas: diuresis, heces, vómitos, fistulas, drenajes.
- 2- Control de aportes:  
Enteral: nutrición enteral, agua de lavado, diluciones.  
Parenteral: sueros, diluciones de medicación, hemoderivados.
- 3- Valorar la presencia de signos de descompensación metabólica
- 4- Control de paraclínica.
- 5- Registro en historia clínica.

### Hiper glucemia:

#### Cuidados de enfermería

- 1- En todo paciente que inicia nutrición enteral: realizar glicemia capilar las primeras 72 horas.
- 2- En el paciente diabético:
  - Administrar insulina según indicación
  - Realizar glicemias capilares según indicación
  - Mantener estable la administración de la nutrición enteral
  - Prevenir hipoglicemias en caso de retirar la nutrición enteral.
- 4- Promover interconsulta con endocrinólogo
- 5- Valorar la presencia de signos de descompensación
- 6- Registro en historia clínica

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL USUARIO CON DOLOR ONCOLOGICO**

**( BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON),**



**RESPIRACIÓN**

**Valorar:**

- Presencia de MAV
- Dolor al respirar
- Coloración de la piel y mucosas
- Ruidos respiratorios y secreciones
- Tos seca o productiva
- Utilización de músculos accesorios
- Dificultad respiratoria

**Cuidados:**

- 1-Posicionar al usuario fowler
- 2-Administrar oxígeno según prescripción médica
- 3-Administrar tratamiento farmacológico según prescripción médica
- 4- Aspirar secreciones según prescripción médica y necesidad
- 5- Fomentar la ingesta de líquidos para fluidificar secreciones
- 6- Realizar fisioterapia respiratoria
- 7- En caso de presentar TQT, valorar permeabilidad, posición y fijación de la misma
- 8- En caso de presentar tos, evitar factores que puedan exacerbar la crisis.
- 9-Paraclínica: gasometría venosa
- 10- Saturación de Oxígeno
- 11- Mantener la habitación ventilada
- 12- Evitar prendas constrictivas
- 13- Planificar sus actividades físicas según tolerancia
- 14- Educar sobre ejercicios respiratorios
- 15-Registro en historia clínica

## **ELIMINACIÓN**

### **Valorar :**

- **Ritmo intestinal habitual**
- **Consistencia de las heces**
- **Ruidos hidroaéreos**
- **Estreñimiento /diarrea**
- **Melenas/ rectorragias**
- **Obstrucción intestinal**
- **Incontinencia urinaria y/o fecal**
- **Retención urinaria**
- **Disuria**
- **Hematuria**

### **Cuidado en presencia de estreñimiento:**

- 1-**Crear un ambiente tranquilo, íntimo.**
- 2-**Fomentar la ingesta de líquidos y fibras**
- 3-**Realizar masajes en el abdomen**
- 4-**Administrar laxantes prescritos**
- 5-**Consulta con nutricionista**
- 6-**Incentivar Deambulación**
- 7-**Registro en Historia Clínica**

### **Cuidados vesicales:**

- 1-**Realizar cuidados habituales de la sonda vesical**
- 2-**En caso de retención urinaria, colocar sonda vesical según indicación médica**
- 3-**Realizar lavados vesicales si existe hematuria según indicación médica**
- 4-**Registro en historia clínica**

### **Cuidado en presencia de diarrea:**

- 1-**Crear un ambiente tranquilo, íntimo.**
- 2-**Hidratar con líquidos**
- 3-**Control características de las heces**
- 4-**Consulta con nutricionista**
- 5-**Disminuir ingesta de fibras**
- 6-**Control de paraclínica: ionograma**
- 7-**Registro en historia clínica**



## **MOVILIDAD Y POSTURA**

### **Valorar:**

- Nivel de dependencia
- Necesidad de utilización de andadores, muletas.
- Estabilidad en la Deambulación, postura.
- Conservación de tono y masa muscular
- Dolor incidental en la deambulación
- Presencia de paraplejas, hémiplejas, parálisis.

### **Cuidados:**

- 1-Estimular la realización de las actividades físicas que el estado general del paciente permita
- 2-Promover el autocuidado
- 3-Ayudar al paciente no autónomo en las actividades de la vida diaria y proporcionarle los medios necesarios para facilitar su movilidad
- 4-Mantener la alineación corporal
- 5-Realizar cambios posturales
- 6-Evitar pliegues y arrugas en la cama
- 7-Prevenir la aparición de úlceras por presión
- 8-Registro en historia clínica

## **HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL**

### **Valorar:**

- Hidratación de la piel
- Coloración de la piel (palidez, ictericia)
- Alteraciones de la piel (tipo, tamaño, localización, ulceraciones)
- Higiene corporal
- Faneras
- Nivel de dependencia para la realización de la higiene

### **Cuidados:**

- 1-Valorar diariamente el estado de la piel
- 2-Mantener un ambiente de intimidad durante la realización de la higiene
- 3-Si el paciente no es autónomo, realizar la higiene corporal
- 4-Secar minuciosamente la piel, con especial cuidado en zonas de pliegues cutáneos
- 5-Realizar masajes suaves, en zonas vulnerables en sentido circular
- 6-Realizar cambios posturales
- 7-Colocar apósitos o parches hidrocoloides en prominencias óseas
- 8-Estirar las sábanas para evitar arrugas.
- 9-Realizar higiene bucal
- 10-Registro en historia clínica

## TEMPERATURA



### Valorar:

- Temperatura corporal
- Sensación de frío o de calor
- Escalofríos
- Sudoración, taquicardia, bradicardia



### Cuidados de Enfermería



#### Si aumenta la TAX °:

- 1-Control de signos vitales
- 2-Realizar medidas físicas
- 3-Administrar tratamiento farmacológico prescrito (antipirético)
- 4-Si Tax. no desciende llamar a medico de guardia.
- 5-Registro en Historia Clínica

#### Si disminuye la TAX °:

- 1-Control de signos vitales
- 2-Suministrar mantas adicionales si el paciente tiene frío
- 3-Regular los sistemas de calefacción en la medida de lo posible
- 4-Registro en historia clínica

## **SEGURIDAD**

```
graph TD; A[SEGURIDAD] --> B[Valorar:]; A --> C[Cuidados:];
```

### **Valorar:**

- Orientación en tiempo y espacio
- Déficit de visión, audición, tacto
- Autonomía en las actividades de la vida diaria
- Estado emocional del paciente
- Presencia de dolor

### **Cuidados:**

- 1-Brindar ayuda para las actividades de la vida diaria
- 2-Si el paciente es dependiente, colaborar con la movilización, deambulaci3n
- 3-Proporcionar medios de apoyo para la deambulaci3n
- 4-Colocar barandas en la cama
- 5-Aconsejar la presencia de alg3n familiar
- 6-Evitar obst3culos
- 7-Administrar el tratamiento prescrito si presenta dolor
- 8-Registro en historia cl3nica

## CREENCIAS Y VALORES

### Valorar:

- Creencias y hábitos religiosos
- Tipo de limitaciones debido a sus creencias religiosas (dieta, transfusiones de sangre)
- Actitudes frente a la muerte y a la enfermedad
- Cultura y estilo de vida

### Cuidados:

- 1-Hablar con el usuario estimulando la expresión de sus sentimientos
- 2-Indagar sobre afrontamiento de la enfermedad
- 3-Promover consulta con el Psicólogo si lo amerita
- 4-Respetar sus valores y creencias religiosas, evitar críticas
- 5-Registro en Historia Clínica

## COMUNICACIÓN Y RELACIÓN

### Valorar:

- Facilidad en el habla
- Afasia de expresión
- Presencia de acompañante
- Estado psicoemocional (angustia, excitación, insomnio)

### Cuidados:

- 1-Ser claro y preciso al comunicarse con el usuario
- 2-Mantener intimidad y confidencialidad
- 3-Hablar con modulación de las palabras y frente al usuario
- 4-Estimular la expresión de sus sentimientos
- 5-Promover consulta con psicología, si lo requiere

## **APRENDIZAJE**

### **Valorar:**

- Grado de conocimiento que presenta el paciente sobre su enfermedad, estado y tratamiento
- Capacidad de aprendizaje para su autocuidado
- Situaciones que alteren la capacidad de aprendizaje

### **Cuidados:**

- 1-Contestar con sinceridad sobre preguntas que le usuario realice sobre su enfermedad. No engañar es preferible omitir.
- 2-Mantener una actitud de escucha, oyente activo
- 3-No brindar información que le usuario no ha solicitado saber
- 4-Enseñar medidas de adaptación a la patología que cursa
- 5-Registro e Historia Clínica

## **AUTORREALIZACION**

### **Valorar:**

- Autoconcepto
- Capacidad de decisión y resolución de problemas
- Rol que desempeña el enfermo en su familia
- Tipo de trabajo u ocupación
- Cambios que se han generado en la familia al ingresar el usuario al servicio

### **Cuidados:**

- 1-Fomentar la toma de decisiones personales
- 2-Ayudar al paciente a adaptarse a nuevas situaciones, identificando sus propios recursos para ello.
- 3-Resaltar sus logros y aportaciones en su vida
- 4-Ayudar al usuario a establecer objetivos realistas

## OCIO

```
graph TD; A[OCIO] --> B[Valorar:]; A --> C[Cuidados:];
```

### Valorar:

- Estado de ánimo
- Actividades recreativas que le agrada realizar
- Nivel de autonomía de las actividades de la vida diaria

### Cuidados:

- 1-Estimular la practica de actividades físicas si su estado físico lo permite
- 2-Facilitar distracciones disponibles, visitas, entre otras, adecuadas a su estado
- 3-Proporcionar medios para facilitar su movllización (andadores, silla de ruedas, bastón, muletas), incentivando su recreación

## ALIMENTACIÓN

### • Valorar:

- Estado de la nutrición e hidratación
- Estado de la boca
- Prótesis dentales
- Dieta, preferencias e intolerancia alimenticia
- Necesidad de ayuda para comer
- Anorexia
- Náuseas, vómitos
- Hematemesis
- Disfagia
- Existencia de sondas de alimentación

### Cuidados:

- Fraccionar alimentos y líquidos
- Promover la ingesta de líquidos
- Posicionar al usuario
- Evitar olores desagradables
- Promover interconsulta con nutricionista
- Mantener higiene bucal
- Adecuar la dieta y textura de los alimentos a las posibilidades de masticación del usuario
- En caso de Sonda de alimentación, valorar permeabilidad, posición y fijación.



## **REPOSO Y SUEÑO**

```
graph TD; A[REPOSO Y SUEÑO] --> B[Valorar:]; A --> C[Cuidados:];
```

### **Valorar:**

- Hábitos del usuario
- Alteraciones en el ritmo vigilia / sueño
- Factores que dificultan el sueño / descanso (dolor, preocupaciones, miedo, ansiedad)
- Insomnio
- Necesidad de medicación para conciliar el sueño

### **Cuidados:**

- 1-Disminuir la luz ambiental
- 2-Asegurar una temperatura adecuada
- 3-Evitar ruidos innecesarios
- 4-Facilitar que el usuario pueda estar acompañado por la noche si así lo desea
- 5-Enseñar ejercicios de relajación
- 6-Administrar tratamiento prescrito en caso de insomnio
- 7-Brindar comodidad
- 8-Registro en historia clínica