

RINCÓN CIENTÍFICO



REVISIONES

"ASISTENCIA DE ENFERMERIA AL PACIENTE ANCIANO TERMINAL" (II Parte)

Autores:

M^o Dolores Azúa Blanco

Ana Belloso Alcay **

Gloria Lapieza Lainez **

Concepción Tomás Aznar **

Carlota Rodrigo Luna **

* Profesora Titular de Enfermería Geriátrica

** Profesores de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zaragoza.

▪ Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Universidad de Zaragoza.

Correspondencia

M^o Dolores Azúa Blanco

Parque Roma F 11, 3^o E.

50010 Zaragoza

Teléfono: (976) 345952

Atención de enfermería en el ámbito hospitalario

A) NECESIDADES FÍSICAS:

Son las más urgentes de resolver, condicionando el resto de las necesidades.

a) CONTROL DEL DOLOR

Se puede sentir dolor a causa de la propia enfermedad, o como consecuencia de otras alteraciones, principalmente musculoesqueléticas en los ancianos.

El dolor es causante de angustia, malestar, inquietud... tanto en los propios ancianos terminales como en la familia.

El plan para el tratamiento del dolor se basa en:

- No suponer nunca que el dolor se debe por entero a la patología, dado que las emociones y otras situaciones pueden exacerbar el dolor.

- En principio intentar tratar el dolor con analgesia no penetrante, para continuar con analgésicos menores no narcóticos.

- Administrar la medicación antiálgica de la forma estable-

cida, con horarios concretos. ("reloj en mano").

- Valorar ininterrumpidamente el dolor, el alivio conseguido y los fármacos contribuyentes.

- Intentar administrar la medicación, en principio por vía oral, dejando las otras vías para posteriores circunstancias.

- Si el anciano no obtiene el alivio adecuado con los analgésicos menores o suaves, es aconsejable según prescripción médica, la administración de analgésicos mayores, siendo conveniente NO interrumpir los menores (estos pueden potenciar los efectos narcóticos sobre el SNC al aliviar el dolor del SNP).

A modo de resumen comentaremos que existen tres medios de control del dolor: **I.- Sin penetración corporal; II.- Con analgésicos menores y III.- Con analgésicos mayores;** sin olvidar los psicofármacos, que sirven de ayuda en la mayoría de los tratamientos.

I.- Sin penetración corporal.

No existe intromisión física en el cuerpo del anciano. Estos no implican necesariamente el que sean sustitutivos de los analgésicos, pero quizás sea todo lo que se necesite en dolores agudos y de corta duración:

- Técnica de estimulación cutánea.
- Técnica de distracción.
- Técnica de relajación.
- Técnica de imaginación guiada.

II.- Analgésicos menores.

Son capaces de producir diversos efectos secundarios, entre otros:

- Trastornos gastrointestinales.
- Alteraciones neurológicas: mareos, cefáleas...
- Reacciones de sensibilidad e idiosincrasia: acceso asmático, erupciones cutáneas...
- Intoxicación por sobredosis, cuya sintomatología dependerá del fármaco utilizado, a grandes rasgos: diarreas, vómitos...

III.- Analgésicos mayores.

Son derivados de los opiáceos. Igualmente son capaces de causar efectos secundarios, tales como:

- Posibilidad de causar fármaco-dependencia de naturaleza opiácea.

REVISIONES

"ASISTENCIA DE ENFERMERIA AL PACIENTE ANCIANO TERMINAL" (II Parte)

D. Azúa, A. Belloso, G. Lapieza, C. Tomás, C. Rodrigo



- Capacidad de producir depresión respiratoria en la mayoría de los casos. (Traducido en reducción del ritmo respiratorio y menor afectación de la amplitud).
- Estimulan el centro del vómito. (Actuando sobre la zona quimiorreceptora del área posterior).
- Estimulan la producción de hormona antidiurética.
- Capacidad de modificar el estado psíquico del anciano (produciendo situaciones de euforia y de depresión).
- Acción antitusígena y miótica.
- Aumento del tono de los esfínteres.
- Causan estreñimiento, como consecuencia de la reducción de la motilidad gástrica. (Retraso en el vaciamiento gástrico, prolongándose el tránsito intestinal y aumentando la presión en las vías biliares; situación que hay que tener presente, ya que al retrasarse el vaciamiento gástrico puede repercutir en el tiempo de la absorción del medicamento y, en contrapartida, aumentar el tiempo de permanencia en el intestino, favoreciendo una mayor absorción del fármaco).
- Si se administra muy rápidamente o por vía IV puede producir en general hipotensión y bradicardia.

En cuanto a las vías de administración dependerá de las prescripciones médicas, siendo oral, IM, IV y en forma de reservorios.

b) CONTROL DE OXIGENACION

La falta de oxigenación puede ser causa de confusión, ansiedad e inquietud o bien ayudar a ello.

A veces los ancianos terminales deben permanecer encamados largos periodos de tiempo y, entre otros problemas, se produce una alteración en la función respiratoria. Gracias a la fisioterapia respiratoria se mejorará esta función. Se favorece la limpieza bronquial y se enseña a controlar la respiración con un mínimo esfuerzo, manteniendo la movilidad torácica y potencia diafragmática.

La posición de Fowler permitirá que el diafragma no ejerza demasiada presión en los pulmones, favoreciendo de esta forma la mejor expansión de los mismos.

Ejercicios que favorecen la limpieza bronquial:

- 1.- Calor húmedo: Se colocarán compresas empapadas en agua caliente sobre el pecho y la espalda por espacio de cinco minutos.
- 2.- Cambios posturales: antes de levantarse de la cama realizará cambios de la postura corporal: sobre el costado derecho, izquierdo y decúbito prono, colocando una almohada bajo el abdomen. Estas posturas se mantendrán.
- 3.- Para evitar la anoxia en casos de insuficiencia cardíaca o respiratoria habrá que administrar oxígeno. Es preferible administrarlo con cánulas nasales (gafas) o mediante sondaje, dado que la mascarilla produce en muchos ancianos molestias de diversa índole.

c) VIGILANCIA VESICAL

Es muy frecuente encontrar en los pacientes ancianos terminales tanto incontinencia urinaria como retención; estas dos situaciones serán causa de inquietud.

Incontinencia Urinaria:

Pudiendo ser "Transitoria" o "Permanente".

"Transitoria": Causada por infección urinaria aguda, trastorno confusional agudo, psicológica o por rebosamiento.

"Permanente": Causada por vejiga neurógena no inhibida o, por prostatismo.

El tratamiento:

- Cuidados básicos físicos.
- Médicos: Antidiuréticos.
- Sustancias Parasimpaticolíticas o Anticolinérgicos.
- Dispositivos oclusivos.
- Dispositivos conductores: Internos. (Sondas)
- Externos. (Colectores)
- Dispositivos Absorbentes.

Retención Urinaria:

Observamos la vejiga dilatada por encima de la sínfisis del pubis.

Las causas de esta retención pueden ser, entre otras, por "Disminución de la capacidad contractil vesical" o por "Aumento de resistencias cervicouretrales" (Estenosis de uretra, patología prostática).

Tratamiento:

- Cateterización vesical.
- Cateterización suprapúbica.

Recordando siempre la necesidad de realizar una vaciado vesical lento, con el fin de evitar la hemorragia "ex-vacuo". La retención puede ser "Aguda" o "Crónica".

d) VIGILANCIA INTESTINAL

Igualmente es frecuente encontrar en este tipo de pacientes ancianos "Incontinencia intestinal" y "Estreñimiento", situaciones que al igual que en los problemas vesicales causan inquietud e incluso ansiedad.

Incontinencia Intestinal:

Las Principales Causas de esta Incontinencia son: Obliteración del ángulo anorrectal. Esfínter con contracción disminuida, junto con heces semilíquidas, lo cual da lugar a una filtración fecal. Denervación parcial de músculos del esfínter externo, el puborrectal y elevador de ano. Menor poder de resistencia voluntaria.

Tratamiento:

- Alimentación rica en fibras, para favorecer la formación de heces.
- En general antidiarreicos suaves.
- Utilización de dispositivos absorbentes.



Estreñimiento:

El estreñimiento, al igual que la incontinencia intestinal, es causa de inquietud.

El estreñimiento es frecuente en los ancianos y causado principalmente por inmovilidad prolongada, dieta pobre en fibras, medicación...

Tratamiento:

- Alimentación rica en fibras, para favorecer la forma gelatinosa de las heces.
- Movilización o actividad física.
- Pequeños enemas: de aceite microenemas.
- Supositorios de glicerina.
- Estimulantes del peristaltismo intestinal.
- En ocasiones habrá que recurrir a la extracción del bolo fecal.

f) EVITAR NAUSEAS Y VOMITOS:

Son frecuentes las náuseas y los vómitos, causantes además de inquietud y molestias.

Se administran antieméticos, como la Ciclicina, Metaclopramida o Proclorperacina. Los lavados regulares de boca también ayudan a evitar en gran medida las náuseas y vómitos.

g) HIGIENE Y CONFORT:

Siendo primordial que la persona no sufra inutilmente nos aseguraremos de proporcionarle el máximo confort y administrarle los medicamentos prescritos.

La higiene es importante bajo el punto de vista personal y ambiental.

- Personal: El aseo y arreglo diario es importante, pero también el aseo de cabello, uñas, depilación... es decir todo aquello que le ayude al anciano a encontrarse bien con sus aspecto personal.

- Ambiental: el arreglo de la habitación, cama... manteniendo un ambiente agradable, soleado, sin olores...

Cuando más se agrave el estado general, más necesidad

de ayuda suplencia tendrá para efectuar las diferentes funciones de la vida cotidiana: aseo, comidas, eliminación...

h) PREVENCIÓN DE ESCARAS:

Mediante la vigilancia cutánea, la suavidad de las sábanas y la no existencia de arrugas en ellas; evitaremos deslizar al anciano sobre la cama, ya que ello favorece la aparición de escaras; utilización de dispositivos para evitar escaras; y la movilización adecuada y alternante.

i) CUIDADO DE LAS ULCERAS:

Si las hubiere, utilizando las técnicas adecuadas.

j) REGULACIÓN DEL SUEÑO:

Vigilancia que las causas de alteración del descanso sean eliminadas inmediatamente.

k) REGULACIÓN DE NUTRICIÓN E INGESTIÓN DE LÍQUIDOS

La anorexia, tan frecuente, puede ser combatida en parte si administramos una dieta sabrosa, adecuada, equilibrada y, en pequeñas cantidades pero frecuentemente.

La administración de líquidos debe ser suficiente para evitar la deshidratación.

l) FOMENTO DE LA ACTIVIDAD

Se comentará posteriormente.

II) VIGILANCIA BUCAL

La sequedad bucal, tan frecuente en pacientes ancianos terminales, produce ulceraciones bucales, con las consiguientes molestias y repercusiones en la comodidad, alimentación...; se impone la limpieza frecuente y humidificación de la cavidad bucal. Esta sequedad no tiene relación, en la mayoría de las ocasiones, con la deshidratación.

m) OTRAS NECESIDADES FÍSICAS

- Necesidad de evitar la tos.
- Necesidad de evitar los accesos de hipo.
- Necesidad de evitar la agitación y estados confusionales.
- Necesidad de evitar la ansiedad.
- Necesidad de evitar la depresión.
- ...

B) NECESIDADES PSÍQUICO-EMOCIONALES:

Existen factores externos que pueden ayudar a superar estas necesidades, mientras que otros son causantes de la inseguridad emocional del anciano terminal.

AYUDAN A AUMENTAR LA SEGURIDAD

- La confianza en la competencia del personal de enfermería y en el equipo asistencial.





- La certeza de que no se le abandonará durante todo el proceso.
- Ser escuchado: de la comunicación y de la claridad de los intercambios nacerá la confianza indispensable para que el anciano se sienta cómodo al expresar sus sentimientos y temores.
- Ser respetado y tratado con dignidad: respeto en lo concerniente a las decisiones que se tomen sobre él, a sus costumbres, creencias.

AUMENTAN LA INSEGURIDAD

- Ver el sufrimiento de otros enfermos.
- La ausencia de información, bien por la no existencia de la misma o por no ser esta clara o comprensible.
- La imposibilidad de transmitir angustia o miedo, bien por ser incapaz de ello, o por no existir nadie a quien expresárselo.

C) NECESIDADES SOCIALES:

La relación con la familia y amigos son los que darán sentido a la vida pasada y actual del anciano. Es importante proporcionarle contactos sociales que destaquen lo positivo de la vida del anciano, valores éticos, morales, artísticos... que proporcionen sentido a su vida pasada y ayuden al anciano a concentrarse en ellos, haciendo su existencia más llevadera.

El deseo de pertenencia, o lo que es lo mismo, el deseo de necesidad de ser amado, de sentir afecto, está presente en el anciano terminal, siendo las conductas de huida y distanciamiento causa frecuente de amargura, desesperación y encierro en sí mismo.

Es de destacar la presencia imprescindible de las trabajadoras sociales para ayudar a superar las diferentes necesidades sociales en las que tienen competencia.

D) NECESIDADES ESPIRITUALES:

Enfrentados al hecho próximo de la muerte, el anciano y sus familiares se formulan preguntas espirituales básicas, tales como el significado de la vida, cual es el sistema de valores, que significado tiene el sufrimiento, existe Dios, existe vida después de la muerte...

Estas necesidades pueden ser satisfechas en el seno de cualquier religión. La estructura sanitaria debe de proporcionar la oportunidad de satisfacerlas.

E) NECESIDADES ECONOMICAS Y JURIDICAS:

No se trata de los problemas materiales o las normas aplicadas al enfermo terminal por la institución (aunque si surgen deben ser satisfechas) sino de los problemas personales que la próxima muerte tendrá sobre su patrimonio y personas allegadas.

Los días finales no pueden ser alterados por los intereses familiares, bien o mal intencionados, y deberán proporcio-

nar al anciano tranquilidad sobre el destino de sus asuntos. Económicamente no posee la misma trascendencia la enfermedad terminal de una persona acaudalada que la de un pensionista que tan sólo cobra la jubilación pero aún siendo la situación objetiva diversa, es el sentimiento subjetivo de tener o no arreglados los asuntos, éste puede ser intenso en cualquier persona, sin consideración de su fortuna o papel social y generar angustia en el enfermo que deberá combatirse con el consejo y asistencia adecuada.

Atención de enfermería en el domicilio

Los cuidados en el domicilio tiene sus ventajas e inconvenientes, tal como expresa la figura nº 9^a), pero estas ventajas e inconvenientes sólo son válidas cuando se habla de una situación de normalidad socio-económica-familiar; otras circunstancias nos podemos encontrar en las cuales la familia y el anciano terminal quieran estar juntos, pero esto sea casi imposible por:

- Incapacidad física y/o mental del cuidador.
- Imposibilidad material de espacio en el domicilio.
- Pésimas o malas condiciones higiénicas.
- Escaso poder adquisitivo.

Para poder realizar una buena asistencia de enfermería al anciano terminal en el domicilio, la enfermera debe de tener muy claras una serie de respuestas a determinadas preguntas, tales como:

ASISTENCIA DE ENFERMERIA AL ANCIANO TERMINAL EN EL DOMICILIO

VENTAJAS

- * Proporciona cuidados individuales al anciano por parte del equipo asistencial.
- * Permite que los miembros de la familia estén presentes y participen de los cuidados.
- * Permite que el anciano continúe con sus actividades cotidianas normalmente, en tanto pueda.

INCONVENIENTES

- * No proporciona el apoyo inmediato ante situaciones de confusión o urgencia.
- * La tensión de los cuidados al anciano pueden minar la vida familiar.
- * Requiere una cuidadosa preparación sanitaria de la familia.

(Figura 9^a)



- ¿Cuál es el miembro de la familia especialmente allegado al anciano?
- ¿Quién ejerce la autoridad?
- ¿Quién actúa de portavoz?
- ¿Quién cuida directamente del anciano?
- ¿Qué tensiones sufre la familia?
- ...

A) NECESIDADES FISICAS:

A) CONTROL DEL DOLOR:

Una de las principales preocupaciones del anciano y la familia es el control del dolor. Si no se controla el dolor socava los intereses del anciano y, el bienestar se convierte en su principal objetivo, la familia se angustia, produciéndose un clima de tensión que repercutirá en el anciano. En muchas ocasiones el poder controlar este dolor será la causa de ingreso en el hospital.

B) CONTROL DE OXIGENACION

Tal como se comentó con anterioridad (asistencia en hospital) estas medidas contribuirán a favorecer la oxigenación. Igualmente la humidificación ambiental y, la ventiloterapia favorecen la fluidificación de las secreciones bronquiales; esto unido a los drenajes posturales y al clapping favorecerán la expulsión de secreciones.

Cuando se necesite la administración de oxígeno será preciso el calibrar la situación cultural-sanitaria del cuidador en el domicilio, aunque esta necesidad suele ser causa de ingreso hospitalario.

C) VIGILANCIA VESICAL

D) VIGILANCIA INTESTINAL

Las dos necesidades son cubiertas de la misma forma que en la asistencia hospitalaria.

E) EVITAR NAUSEAS Y VOMITOS

Al igual que se expuso con anterioridad, mediante la administración de antieméticos y los lavados regulares de boca.

F) HIGIENE Y CONFORT

Todo lo comentado con el paciente anciano hospitalizado. Quizás ciertas medidas de higiene y confort sean más factibles realizar en el domicilio, dado que en principio hemos de tener presente que el anciano estará rodeado de sus pertenencias y con una persona exclusivamente dedicado a su cuidado, pero no hay que olvidar que existen situaciones que la superación de esta necesidad en el domicilio será realmente muy difícil.

H) PREVENCIÓN DE ESCARAS

Mediante la vigilancia cutánea, la colocación de dispositivos existentes para tal fin, los cambios posturales... dieta adecuada, higiene...

I) CUIDADO DE LAS ULCERAS

Si éstas se hubiesen instaurado se cuidarán con las técnicas adecuadas.

J) REGULACION DEL DESCANSO

Este puede ser regulado mejor en el domicilio, ya que en él el anciano puede distraerse mejor y esto ocasionará un mayor cansancio, necesario para dormir. Al mismo tiempo en el domicilio se respeta más las horas de descanso del enfermo, mientras que esto en el hospital, por diferentes causas es realmente imposible.

K) REGULACION DE LA NUTRICION E INGESTION DE LIQUIDOS

Al igual que se comentó con anterioridad esta debe ser sabrosa, agradable, equilibrada... en pequeñas cantidades y varias veces al día.

L) FOMENTO DE LA ACTIVIDAD

Hay que evitar la inmovilidad causante de: contracturas, úlceras, estreñimiento, debilidad muscular, confusión mental, disminución de la vitalidad, alteraciones del sueño...

La pérdida de actividad debe ser prevenida mediante el mantenimiento de las actividades cotidianas y la rehabilitación activa y pasiva.

Surge el problema cuando la familia, en un intento de ayudar, favorece la disminución de las actividades del anciano, sin percatarse de que así socava su deseo y necesidad de permanecer activo.

B) NECESIDADES PSIQUICO-EMOCIONALES

La situación es diferente que en el anciano hospitalizado, dado que si bien es cierto que el enfermo se sentirá arropado, acompañado... también le pueden asaltar dudas sobre la competencia de su familia para cuidarle; esta situación indica que no sólo hay que enseñar a su cuidador a prestarle la ayuda necesaria al anciano, es necesario alabar al cuidador delante del anciano, para que de esta forma adquiera confianza en su cuidador.

C) NECESIDADES SOCIALES

Al igual que las **NECESIDADES ESPIRITUALES** por el hecho de continuar el anciano en su hábitat normal, de no existir unas normas rígidas con respecto a los contactos sociales, etc... pueden ser mejor cubiertas que en el hospital.

Es muy frecuente la ayuda del trabajador o asistente social, al igual que en el hospital.

D) NECESIDADES ECONOMICOS JURIDICAS

La situación es la misma que en el hospital, habrá que explicar a la familia, por duro que sea, la necesidad de que el anciano tenga arreglados sus asuntos, máxime cuando observamos un cierto grado de intranquilidad por este asunto.

REVISIONES

"ASISTENCIA DE ENFERMERIA AL PACIENTE ANCIANO TERMINAL" (II Parte)

D. Azúa, A. Beloso, G. Lapieza, C. Tomás, C. Rodrigo



Signos clínicos de muerte inminente (Figura 10^a)

Reconocemos el final de la agonía al percibir que la sensibilidad y capacidad de movimientos, así como los reflejos se pierden en principio en las extremidades inferiores y luego gradualmente en las superiores. La presión ejercida por las sábanas sobre las extremidades puede ser molesta, por lo que estas deben estar flojas.

SIGNOS CLINICOS DE MUERTE INMINENTE

- | | |
|--|----------------------------|
| 1°.- Desaparición gradual de reflejos. | |
| 2°.- Taquipnea. | 3°.- Piel fría y pegajosa. |
| 4°.- Hipertermia. | 5°.- Hipotensión. |
| 6°.- Taquicardia. | 7°.- Midriasis. |

(Figura 10)

La respiración se hace acelerada y difícil (por causa de una menor fuerza muscular).

A medida que se deteriora la circulación periférica se percibe una abundante sudoración y la superficie corporal se enfría, independientemente de la temperatura ambiental; esta situación da lugar igualmente al aspecto pegajoso cutáneo.

- Se producen cambios en la temperatura interna, siendo causa de movimientos cuya finalidad es destaparse por causa del aumento de temperatura corporal.

Observamos disminución de la tensión arterial.

Como consecuencia de una menor fuerza cardíaca para la expulsión de sangre se produce una disminución de ésta en cada sístole y un aumento de contracciones cardíacas por minuto.

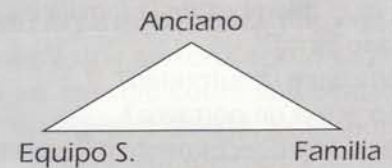
Las pupilas se encuentran dilatadas y fijadas.

Atenciones a la familia

Existe la formación de un triángulo (Figura n° 11) en relación con la asistencia al paciente anciano terminal. La familia al tiempo que es objeto de los cuidados es también colaboradora del equipo asistencial, siendo de esta manera muy importante la situación de la familia, ya que repercutirá en la asistencia íntegra del anciano.

La experiencia de ser testigo impotente de como el anciano camina hacia su final, es difícil de sobrellevar por la familia. Es difícil aceptar que no se puede hacer nada por la persona que se ama y está sufriendo, el hecho de pedir ayuda a la familia para cuidar del anciano, le proporcionará a ésta un sentimiento benéfico de utilidad al tiempo que

ATENCIÓNES A LA FAMILIA



(Figura 11)

coopera con el equipo asistencial. Para muchas de estas familias es la última oportunidad que tiene de curar heridas abiertas como consecuencia de los largos años vividos en comunidad, o por diversas circunstancias.

Demostrando a la familia interés por sus problemas se favorece al tiempo al propio anciano, ya que el prestar apoyo a los familiares repercutirá benéficamente en el anciano.

En resumen podemos indicar que la familia tiene durante este proceso una serie de necesidades:

- Información veraz, continuada y comprensible.
- Apoyo constante durante todo el proceso.
- Educación en el manejo de la medicación. ¿Por qué? ¿Para qué?...
- Asesor psicoemocional. Se pueden producir sentimientos contradictorios en algunos miembros de la familia, como consecuencia por un lado de NO querer que el anciano muera y por otro de desear su muerte para de ésta forma poder recuperar el ritmo normal de vida y además que el anciano deje de sufrir.
- Seguridad de que tendrá asistencia completa, tanto ellos como el anciano.
- Descargar tensiones emocionales provocadas por la situación.

BIBLIOGRAFIA DEL TEMA

- * BERGER, M., HORTALA, F., "Morir en el hospital", Ed. Rol, Barcelona, 1982.
- * BROCHLEHURST, J.C., HANLEY, T., "Geriatría Fundamental", Ed Toray 1979, pág. 275.
- * BRUNNER, L.S., SUDDARTH, D.S., "Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica", Vol 3, Ed. Interamericana, Madrid, 1985.
- * EXTON-SMILTH, WERSLER, "Tratado de Geriatría", Ed Jims, Barcelona 1988.
- * FLORES BELDO, J., "Manual de Farmacología antiálgica" Ed EUNSA, Pamplona, 1978.
- * Mc. LEOD, FR., "Geriatría", Ed Médica y Técnica, Barcelona, 1988.
- * MORAGAS, R., "El enfermo terminal; un programa de asistencia médico social para el año 2000". Rev. Ant. Dermatológica XIX-7, 1989, pág. 29-38.
- * NURSÍG FOTOBOOK. "Técnicas especiales en enfermería", Ed. Doyma, Barcelona, 1989.
- * PASCUAL PEREZ, A., "Anciano terminal en la institución hospitalaria". I Congreso Nacional de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Gráficas ochoa S.A., Logroño, 1987, pág. 91-97.
- * POLETTI, R., "Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería", Ed Rol, Barcelona, 1980, pág. 65.
- * SALGADO ALBA, A., GUILLEN LLERA, F., y DIEZ de la PEÑA, J., "Tratado de Geriatría y Asistencia Geriátrica", Ed Salvat, Barcelona 1987.
- * SHARYN QUIRK FIGGINS. "Cuidados en el contexto de un programa de hospice" en "Paciente terminal y muerte", Ed Doyma, Barcelona, 1989.
- * SOLER GOMEZ, D., "La enfermera ante la cronicidad y la muerte", IX Sesiones de Trabajo de la AEED, Enfermería, salud y sociedad. Gráficas Lormo S.A., Madrid 1988, pág. 86-98.
- * TORRUBIA, P., ALVAREZ, M^a T., "Programa de asistencia paliativa al enfermo en situación terminal". Documento de Trabajo del Curso de Medicina Paliativa. Zaragoza, Noviembre, 1990.
- * WIECK, L., KING, E.M. y DYER, M., "Técnicas de Enfermería", 3^a Ed. Ed. Interamericana, México, 1988.