

M<sup>a</sup>. A. García-Carpintero Muñoz  
P. San Juan Lozano

Unidad de cuidados domiciliarios para  
ancianos terminales

Diplomadas en Enfermería.

Comunicación presentada en las 3<sup>as</sup> Jornadas  
Nacionales de la SEEGG  
Sevilla, Mayo 1994

Correspondencia:

M<sup>a</sup>. Angeles García-Carpintero  
Cabeza del Rey D. Pedro, 18 - 2<sup>o</sup>  
41004 Sevilla

---

RESUMEN

El presente trabajo pretende presentar como opción al actual régimen de asistencia socio-sanitaria un proyecto de unidad integrada por un equipo de enfermería geriátrica y de cuidados terminales que atiende al paciente anciano que desee permanecer en su casa junto a su familia en esos últimos momentos, garantizando unas condiciones dignas durante este proceso.

PALABRAS CLAVE

Unidad; Cuidados domiciliarios; Ancianos; Fase terminal.

SUMMARY

*In this work, an alternative to the current system of sociosanitary attention is introduced. The new project includes the creation of a unit consisting in a geriatric nursery and terminal care unit to look after those old patients who wish to stay at home by their families for their remaining days, providing the warranty of decent conditions during this process.*

PALABRAS CLAVE

*Unit; Domiciliary care; Elderly; Terminal stage.*



## INTRODUCCION

Todos nosotros, en distinto grado, tememos a la muerte y al verla en los demás, es una situación que nos hace recordar que un día, también tendremos que morir.

Ya que la muerte es la consecuencia de la vida, nadie puede morir si es que previamente no está vivo.

Los profesionales de Enfermería, estamos continuamente en contacto con la agonía o la muerte de otras personas, lo cual puede llevarnos en algunos momentos al borde del desánimo y la depresión. Sin embargo, no podemos decir que cuidamos a las personas si no asumimos el riesgo de una implicación personal.

Ante el riesgo de quemarse en esas situaciones especiales de gran implicación, el conocimiento sobre el proceso de la agonía, las etapas por las que pasan el paciente y su familia durante todo ese camino que posteriormente desembocará en el desenlace final, nos puede servir para reforzarnos cada día más, en la ayuda encaminada a aliviar los miedos y tensiones de los que cuidamos, en ayudarles a que el camino de la agonía sea menos traumatizante y más llevadero y aceptable, dado lo inevitable del ciclo de la vida.

La agonía es el camino hacia el deterioro físico, ese camino que desemboca en la muerte está lleno la mayoría de las veces de dolor, incapacidades corporales y deterioro mental. Todo esto nos conduce a detectar cómo dos grupos más importantes de necesidades en el paciente moribundo:

- a) Necesidades fisiológicas, determinadas por los cambios corporales.
- b) Necesidades psicológicas y emocionales, influidas por el proceso de la agonía e impregnadas por los miedos al sufrimiento y al después.

## JUSTIFICACION

El origen y el final de la vida, están intrínsecamente unidos al ámbito social, antropológico, cultural, económico, educacional, etc., en donde se desarrolla el ser humano. Depende de la raza, de la cultura, de la religión, de la era en la que vive, en definitiva.

Por tanto actualmente tanto el comienzo como el final de la vida están ligados a los cambios en los patrones sociológicos actuales.

Antes se nacía en casa y se moría en casa. El hogar era el principio y el fin de la vida del individuo. Se tenía por lo general el apoyo de la familia, los vecinos, el servicio religiosos, etc. Actualmente la familia es mononuclear y todo ha cambiado.

Hoy en día muchas personas en la fase terminal de su vida, pueden desear morir en casa con los suyos, pero puede impedírsele la falta de apoyo médico, de enfermería o de su propia familia si no está preparada para ello.

Para algunos la muerte es el nuevo tema tabú. Tema prohibido entre menores y no discutido abiertamente entre adultos, ni siquiera entre profesionales.

Cambiar esto, implica un cambio de actitud a favor de los servicios de apoyo familiar y de Enfermería, encargados de dar este tipo de atención y la formación de un equipo de Enfermería Geriátrica y Cuidados Terminales, para ayudar al enfermo en esta fase de su vida; realizando las actividades de Suplencia-Ayuda y aportando los cuidados necesarios, que de otra forma requerirían su ingreso en el hospital.

En general Enfermería es un colectivo muy complicado con el tema de la muerte ya que lo vive de cerca casi diariamente en su trabajo y sin embargo, muchas veces no estamos preparados para hablar sobre ese tema con los pacientes y con la familia y normalmente, no es fácil saber que paciente desea hablar sobre su enfermedad y cual desea evitar el tema e ignorarlo.

La muerte, está en muchas ocasiones impregnada de supersticiones y simbolismos, cargados culturalmente durante una vida y que son muy difíciles de modificar.

Cuando se considera el problema de la muerte en el anciano, se hace uniendo la situación del paciente terminal y la de connotaciones familiares, sociales y culturales, que el enfermo comparte a veces. Todo esto va a llevar a la actitud que un sujeto en concreto tiene sobre su propia muerte.

Por otra parte, la familia se ve a veces tan trastornada por el proceso inminente de la muerte, que actúa de forma irracional e histérica, alterando aún más al paciente. En otras ocasiones la familia lleva tanto tiempo sufriendo el problema del deterioro físico y la incapacidad del paciente, sobre todo en el caso de ancianos que han sufrido un proceso largo, que para ellos es un alivio el desencadenante final.

Todas las circunstancias de cada individuo hacen que cada una tenga un sentido diferente, pero una de las cosas que más nos centran en el proceso de duelo cultural ante la muerte, es la edad biológica. La

10 muerte del anciano en nuestra cultura actual, es vida generalmente con menor sensación de tragedia que la del adulto o del joven. Ha sido quizás, esta la razón, de no haberle dado la importancia que requiere, ya que cada muerte es un fenómeno individual y tendrá tantas facetas, como las que tuviera la vida del sujeto.

Puesto que queremos ayudar a los pacientes, debemos aprender a positivizar las situaciones y minimizar las incapacidades. Tendremos que cultivar la semilla de la vida que queda en el paciente por poca que ésta sea.

Por esto nos ha resultado interesante y necesario traer este tema a debate y hacer nuestra pequeña aportación.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Ofertar un Servicio a la población integrado por un Equipo de Enfermería Geriátrica y de Cuidados Paliativos, para atender al paciente, que desee estar en caso junto a la familia, en los últimos momentos de su vida y que de otra forma requeriría su hospitalización, para ayudarle a morir, en las mejores condiciones y lo más dignamente posible.

### Objetivos específicos

1. Valorar las Necesidades fisiológicas del anciano terminal, determinadas por los cambios corporales.
2. Identificar las Necesidades psicológicas y espirituales del anciano y las repercusiones físicas, sociales, económicas y legales en la familia y su entorno.

## CRITERIOS DE INCLUSION

— Que el paciente o la familia lo demande por propia voluntad, o tras asesoramiento del hospital del que provenga si ha estado ingresado.

— Que el diagnóstico y pronóstico del paciente sea terminal, es decir que se hayan agotado otros medios terapéuticos, que necesitarán de una atención especializada bien de forma natural y obvia (por la avanzada edad, procesos malignos sin tratamiento) o bien por la libre decisión del paciente "Testamento Vital" y "Derechos del Moribundo" (Anexo 1 y 2) de que



no se le siga manteniendo con vida con medios sofisticados y prefiera aguardar la muerte de forma natural en su entorno.

— Que existan condiciones de espacio físico en la vivienda aceptables, que permita el suficiente aislamiento e intimidad de otros miembros de la familia, sobre todo niños. Esta cuestión sería a elaborar junto con la Asistente Social.

— Que exista una persona cercana disponible, familiar o no, dispuesto a colaborar durante todo el proceso.

— Que exista viabilidad de medios para una Atención Domiciliaria, descartando enfermos que por sus condiciones físicas, necesiten medios mecánicos complejos para seguir manteniendo la vida, a los cuales no incluiríamos en el programa, ya que no se trata con esto de trasladar, a todos los enfermos hospitalizados para que mueran en su domicilio y montar un mini hospital en casa.



## ACTIVIDADES

### 1. Actividades de captación

### 2. Actividades de suplencia-ayuda física

### 3. Actividades de suplencia-ayuda psicológica a la familia y al paciente

- Ayuda en las fases de aceptación del diagnóstico y el pronóstico.
- Apoyo al moribundo: Se debe romper el aislamiento emocional y levantar el muro de silencio que lo rodea, por parte de amigos, familiares y profesionales.  
Sin presionarle con preguntas directas, debemos hacerle sentir que estamos dispuestos a compartir algunas de sus preocupaciones respecto al pronóstico, tratamiento, miedos, etc. ¿Cómo será el final? ¿Tendré dolor? ¿Cuanto tiempo me queda? ¿Quién cuidará de mi familia?, etc.
- Coordinación con el Servicio Religioso según las creencias del paciente.
- Coordinación con los Servicios Legales que necesitará: funeraria, notario para hacer testamento, etc.

### 4. Actividades después de la muerte

- Avisar al médico para que certifique la muerte del paciente.
- Avisar al sacerdote o al servicio religioso según las creencias del paciente, si se estima oportuno.
- Información al juez del fallecimiento, si es pertinente porque haya sucedido en circunstancias no claras, si fuera necesario la realización de autopsia debemos informar a la familia de que el consentimiento debe ser firmado por la persona que asume la responsabilidad del paciente: cónyuge, hijo o familiar cercano.  
En este caso debemos anotar detalladamente todos los cuidados que le hayamos administrado antes de la muerte así como dejar intactas todas las vías y otros equipos invasivos (vías arteriales, drenajes, marcapasos) por si fuera necesario determinar las causas exactas de la muerte, por ejemplo si se necesita determinar que la rotura del esternón fue la causa de la muerte o fue a consecuencia de la RCP.
- Tomar las medidas oportunas, para que el cuerpo del paciente aparezca en las mejores condiciones posibles. Esto incluye cerrarle los ojos y

la boca y limpiar restos que pudiera haber de sangre y secreciones, ponerle la dentadura si la tuviera, etc.

- Avisar al servicio funerario, si ya lo tuviera previsto la familia y ayudar a preparar el cuerpo para el velatorio si fuera necesario.
- Visitar a la familia tras el fallecimiento, ayudar en lo que necesiten y acompañar en su duelo. Ayudándole a aceptar la pérdida.

11

## RECURSOS

### 1. Materiales

Dependerá de la institución que lo asuma y de la población a la que vaya dirigida.

### 2. Humanos

El profesional que comienza a trabajar en esta unidad antes ha de hacer un profundo estudio, entrenamiento y reflexión sobre cuales son sus propios miedos ante la enfermedad y ante la muerte y cómo transmitirlos, consciente o inconscientemente esos sentimientos a los demás.

Este equipo debe tener una preparación intensiva sobre este período en concreto de la vida, para saber detectar todos los signos que se están produciendo en el paciente y su entorno familiar y poder aliviarlo en la medida en que éste sea posible.

## EVALUACION

La evaluación se realizará anualmente, recogiendo los siguientes datos:

- N<sup>o</sup> de ancianos atendidos.
- N<sup>o</sup> de primeras visitas.
- N<sup>o</sup> de visitas sucesivas.
- N<sup>o</sup> de visitas a la familia después de la muerte.
- Grado de satisfacción de la familia (Excelente, muy bueno, regular, malo). Referido al equipo en general.

## CONCLUSION

Aunque los Cuidados de nuestra unidad no sean los indicados para todos los pacientes y familiares, si

- 12 son la respuesta a las necesidades de la mayoría de ellos, y aportan una sensación de apoyo solidario, dignidad y compasión ante la experiencia última de la vida humana, que es la muerte.

Nadie puede actuar aisladamente con los pacientes moribundos ya que existen situaciones tan críticas y estresantes, que sería inhumano pedirle a la persona por muy preparada que esté que asuma todos los procesos en cada una de las fases, porque hay momentos en los que, como profesionales y como personas, nos podemos sentir desbordados, desolados y abrumados, ya que, en muchas ocasiones contemplar la angustiosa agonía de alguien por quien no podemos hacer nada para ayudarlo, puede resultar una situación traumatizante que debe ser compartida con otros profesionales y otros miembros del equipo.

Trabajar con pacientes moribundos no es tarea fácil. Cabe esperar los sentimientos de desesperanza y desolación en muchos casos, pero también han de tener cuidado las enfermeras que trabajan con pacientes moribundos en el peligro de volverse insensibles ante los pequeños problemas cotidianos de su entorno, casa, familia, hijos, amigos, etc., ya que sería el punto de dejarse envolver por la magnitud de los problemas que trata, perdiendo la perspectiva de la realidad completa y cayendo en la magnificación

de nuestros problemas de trabajo como referencia central en nuestras vidas, lo que nos llevaría a una sobresaturación personal.

Puesto que queremos ayudar a los pacientes, debemos aprender a positivar las situaciones y minimizar las incapacidades. Tendremos que cultivar la semilla de la vida que queda en el paciente por poca que esta sea. A pesar de la pérdida de reflejos y del deterioro físico que se produce, con frecuencia el paciente sigue consciente hasta el final, por lo que nuestros cuidados de enfermería deben ser integrales hasta el final, debemos tener en cuenta que el paciente a pesar de estar en esta situación sigue siendo lo que ha sido durante su vida hasta el final, por tanto siendo la muerte un fenómeno individual nos encontramos con tantas facetas como las que tuviera en su vida el sujeto (madre, sacerdote, maestro).

Enfermería está muy implicada en el proceso de la muerte. El cuidado al paciente moribundo es un gran reto que se plantea a algunos de nosotros.

La muerte es el acto final, la última gran función de este teatro de la vida, y las personas mueren generalmente solas y atemorizadas.

A nosotros se nos plantea el reto de ayudar y confortar al moribundo en el último paso y a ayudar a los familiares en su proceso de duelo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Guía de Atención a la Salud del Anciano. Ed. Junta de Andalucía. Sevilla. Consejería de Salud. 1992.
2. Carpenito L. J. Manual de diagnóstico de Enfermería. Ed. Interamericana-Mcgraw-Hill. Madrid. 1993
3. Manual Beecham de Medicina Familiar. 3ª edición versión española. Madrid. 1991.
4. Duda D. Guía para cuidar en casa a un enfermo terminal. Ed. Pax. México. 1987.
5. Programa del Anciano del Centro de Salud La Chana de Granada.
6. Programa de Atención domiciliaria del Centro de Salud El Olivillo en Cádiz.
7. Kozier B. Enfermería Fundamental. Ed. Interamericana-Mcgraw-Hill. 4ª edición. Madrid. 1993.
8. Enfermo Terminal. Ed. Doyma.



## ANEXO I

### TESTAMENTO VITAL

La muerte es una realidad tanto como lo son el nacimiento, desarrollo, madurez y senectud; es la única cosa cierta de la vida. Si llega el momento en que yo ya no pueda tomar parte en las decisiones sobre mi futuro, que esta declaración sirva como expresión de mis deseos y directrices ahora que estoy en pleno uso de mis facultades mentales.

Si en tal momento surgiera una situación en la que no hubiera una expectativa razonable de que me recuperara de una incapacidad física o mental extrema, deseo que me sea permitido morir y no ser mantenido con vida mediante medicación, medios artificiales o "medidas heroicas". Sin embargo, solicito que se me administren medicación y cuidados para aliviar mis sufrimientos, aún cuando esto pueda acortar el tiempo que me reste de vida.

Esta declaración, que he considerado cuidadosamente, está en concordancia con mis más íntimas convicciones y creencias. Deseo que los deseos y directrices aquí expresados sean llevados a cabo hasta el extremo permitido por la ley. En la medida en que no se puede obligar legalmente a su cumplimiento, espero que aquellos a quienes va dirigido este testamento se sientan moralmente comprometidos por estas disposiciones.

Disposiciones específicas opcionales:

FIRMADO:.....  
.....

FECHA:.....

TESTIGO:.....  
.....

TESTIGO:.....  
.....

Se han enviado fotocopias de este documento a  
.....

(Opcional) Mi testamento de vida es registrado por:.....  
.....

## ANEXO II

### CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS MORIBUNDOS

1. Tengo derecho a ser tratado vivo hasta el momento de mi muerte.
2. Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una situación de optimismo por cambiantes que sean mis circunstancias.
3. Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte.
4. Tengo derecho a participar en las decisiones que incumban a mis cuidados.
5. Tengo derecho a esperar una atención sanitaria humana y continuada aún cuando los objetivos de "curación" tengan que transformarse en objetivos de "Bienestar".
6. Tengo derecho a no morir solo.
7. Tengo derecho a no experimentar dolor, sin medida ni coste de ningún tipo.
8. Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.
9. Tengo derecho a no ser engañado si no quiero.
10. Tengo derecho a disponer de ayuda para mí y mi familia a la hora de aceptar mi muerte.
11. Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.
12. Tengo derecho a mantener mi individualidad, a no ser juzgado por decisiones más que puedan ser contrarias a las creencias de otros.
13. Tengo derecho a discutir y a acrecentar mis experiencias religiosas y/o espirituales.
14. Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras mi muerte, según mi voluntad.
15. Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas, que intenten comprender mis necesidades y que sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

14 HISTORIA DE ENFERMERIA

HOJA DE VALORACION DE NECESIDADES FISIOLÓGICAS

NOMBRE .....  
APELLIDOS ..... DIAGNOSTICO .....  
H<sup>a</sup> N<sup>o</sup> ..... FECHA .....  
EDAD ..... ENFERMERO .....

1.- OXIGENACION:

RESPIRACION: Normal( ) Patológica( ): Oxígeno:  
CIANOSIS: No( ) Si( )  
EXPECTORACION: No( ) Si( )  
FRECUENCIA RESP: PULSO T.A.: T<sup>a</sup>:  
OTROS:

2.- ALIMENTACION:

VIA DIGESTIVA: Normal( ) Patológica( )  
TIPO DIETA: Líquidos:  
PUEDE ALIMENTARSE SOLO: Si( ) No( )  
SONDA NASOGASTRICA: Si( ) No( )  
Peso: Talla:  
OTROS:

3.- ELIMINACION:

URINARIA: Normal( ) Patológica( ) Cantidad ( )  
Sonda vesical n<sup>o</sup> Edemas  
Otros  
INTESTINAL: Normal( ) Patológica( )  
Ostomía( ) Laxantes: Si( ) No( )  
OTROS

4.- ACTIVIDAD REPOSO SUEÑO:

DIFICULTAD DE MOVIMIENTO: No( ) Si( )  
Total( ) Parcial( )  
¿DUERME BIEN? Si( ) No( ) Somníferos  
OTROS

5.- SEGURIDAD:

ESTADO DE CONCIENCIA:  
Orientado( ) Obnubilado( ) Comatoso( )  
Desorientado( ) Somnoliento( )  
ESTADO EMOCIONAL:  
Normal( ) Deprimido( ) Apático( )  
Ansioso( ) Agresivo( )

ADAPTACION AL PROCESO:

Miedo( ) Confusión( ) Vacilación( )  
Nerviosismo( ) Desconfianza( )  
Insomnio( ) Cansancio( )  
Aburrimiento( ) Desinformación( )  
Anorexia( ) Rechazo( )

AUDICION:

Normal( ) Patológica( ) Audífono( )

VISION:

Normal( ) Patológica( ) Lentes( )

PROTECCION:

Heridas( ) Lesiones en la piel( )  
Catéteres( ) Drenajes( )

DOLOR:

Moderado o leve( ) Intenso( )  
Angustioso o intolerable( )

6.- HIGIENE:

CORPORAL: Correcta( ) Incorrecta( )  
Dependiente( )

BUCAL: Correcta( ) Incorrecta( )  
Dependiente( )

OTROS

7.- HABITOS NOCIVOS:

TABACO: No( ) Si( )  
ALCOHOL: No( ) Si( )  
MEDICAMENTOS:

8.- ASPECTOS FAMILIARES Y SOCIALES:

RELACIONES FAMILIARES:

¿Quién realiza las tareas de la casa?:  
Hijos( ) Vecinos( ) El/ella( ) Mismo/a( )  
¿Tiene dificultad para realizarlas?  
Si( ) No( )



CUANDO SE ENCUENTRA INCAPACITADO:

¿A quién acude?:

Esposo/a( ) Hijos( )

Otros familiares( )

Amigos( ) Vecinos( )

¿Existe conflicto familiar?:

Si( ) No( )

SITUACION ECONOMICA:

¿Cobra alguna pensión?:

Si( ) No( )

Cantidad:

Para cubrir sus gastos

¿Es suficiente?:

Si( ) No( )

9.- ESTADO VACUNAL:

TETANOS:

Si( ) No( )

GRIPE:

Si( ) No( )

RELACION DE PROBLEMAS DE SALUD:

.....  
.....  
.....  
.....

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

.....  
.....  
.....  
.....