

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL
DE JESUS CON ESTUDIOS
INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO
CLAVE 3295-12



PROPUESTA DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES EN
FASE TERMINAL

TESINA

Para Obtener el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

BERENICE HUGHES RIVERA

ASESOR: LIC. ENF. TOMASA JÚAREZ CAPORAL

MEXICO, DF. 2009





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

JULIO 2009

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
LIC. ENF. GUADALUPE SARMIENTO CRISTOBAL
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted el trabajo recepcional:

Propuesta de Atención de Enfermería a Pacientes en Fase Terminal

Propuesta de Atención de Enfermería a Pacientes en Fase Terminal

Elaborado por:

Berenice Hughes Rivera
Berenice Hughes Rivera

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que se presentará para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Atentamente

LIC. ENF. TOMASA JÚAREZ CAPORAL
SUBDIRECTORA DE SERVICIOS ESCOLARES E INVESTIGACIÓN

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

🇵🇷 Luis Hughes Torres
🇵🇷 Avelina Rivera Antonio

Por su APOYO incondicional por su gran amor por a ver creído en mi sin importar las circunstancias por su paciencia y comprensión que siempre me tienen, por qué se que siempre puedo contar con ustedes.

Gracias por que este trabajo es el resultado de su esfuerzo, y su confianza en mí porque mientras yo asistí a la escuela durante 4 años y 1 año de servicio social sabía que había 2 personas que siempre hicieron su máximo esfuerzo sin importar el cansancio, siempre tuvieron una sonrisa para mí, y la comprensión y paciencia de cuidar a mi Hijo para que pudiera asistir a la Escuela, Descansar, hacer la Tarea, Estudiar o Llorar cuando sentía que no podía, porque nunca me tuve que preocupar de nada. Porque nunca tuve la necesidad de trabajar durante 5 años, y nunca nos hizo falta nada a mí y a mi hijo.

Lo único que les puedo decir es GRACIAS por Todo y le doy Gracias a dios por habernos mandando estos dos Ángeles a mí y a mi hijo que son ustedes.

TABLA DE CONTENIDO

✚ INTRODUCCION	1
✚ MARCO CONCEPTUAL	2
Planteamiento del Problema	
✚ OBJETIVOS	3
Objetivo General	
Objetivo Especifico	
✚ MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I. BASES LEGALES	
1.1 Derechos de los Pacientes en Fase Terminal	4
1.2 Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México	7
1.3 Decálogo de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México	10
1.4 Ley de Voluntad Anticipada	11
1.5 Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007	26
CAPÍTULO II. HISTORIA DE LA TANATOLOGIA	
2.1 Definición de Tanatología	36
2.2 Antecedentes de la Tanatología	36
2.3 El Proceso de Morir “Elizabeth Kübler-Ross”	40
CAPÍTULO III. ORIGEN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	
3.1 Definición de Cuidados Paliativos	42
3.2 Objetivos de los Cuidados Paliativos	42
3.3 Antecedentes de los Cuidados Paliativo.	43

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA PARA LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATONES DE RESPUESTA HUMANA EN PACIENTES EN ESTADO TERMINAL

4.1 La atención del Personal de Enfermería	45
4.2 Que son las Respuestas Humanas	45
4.3 Patrón de Intercambio	46
✚ Características d la Alimentación	46
✚ Definición de Alimentación Parenteral	46
✚ Cuidados y Características de la Piel	46
✚ Definición de Ulcera	47
✚ Etiopatogenia	47
✚ Fisiopatológicos	47
✚ Derivados del Tratamiento	48
✚ Situacionales	48
✚ Del Desarrollo	48
✚ Del Entorno	48
✚ Localización	49
✚ Prevención de Ulceras por Presión	50
✚ Valoración de Riesgo	50
✚ Cuidados Específicos	51
✚ Cuidados Generales	52
✚ Cuidados Paliativos y Ulceras por Presión	52
4.4 Patrón de Comunicación	54
✚ La forma de vestir y apariencia del individuo	54
✚ La postura y expresiones faciales	54
✚ Facilidad o dificultad para expresar ideas pensamientos y sentimientos	54
✚ Influencias culturales en el lenguaje	54

4.5 Patrón de Relación	54
✚ Características de la familia	54
✚ Cumplimiento del rol	54
✚ Habilidad para establecer relaciones personales satisfactorias	54
4.6 Patrón de Valoración	54
✚ Religión que se profesa	54
✚ Actitud religiosa	54
✚ Deseos de ser visitado por un guía espiritual	54
✚ Expresiones de fe y esperanza	54
4.7 Patrón de Elección	55
✚ Cambios de la anatomía y fisiología del cuerpo humano originados por la edad o alguna patología	55
✚ Retraso en la búsqueda de la atención medica	55
✚ Capacidad de tomar decisiones	55
✚ Familia que elude la responsabilidad para el cuidado de la salud	55
4.8 Patrón de Movimiento	55
✚ Capacidad para el ejercicio físico	55
✚ Limitaciones en la realización de movimientos	55
✚ Reposo prolongado por causa de la enfermedad	55
✚ Vida sedentaria o exceso de actividad física	55
4.9 Patrón de Percepción	56
✚ Cambios en la apariencia física originados por la edad o enfermedad	56
✚ Incapacidad para la satisfacción de las propias necesidades	56
✚ Cambios o pérdida de trabajo e insatisfacción	56

4. 10 Patrón de Conocimientos	56
✚ Información poco clara sobre el cuidado de la salud	56
✚ Pérdida de la memoria y desorientación	56
✚ Mala interpretación de la información	56
✚ Bajo nivel educativo	56
4.11 Patrón de Sentimientos	57
✚ Posible pérdida de un ser querido	57
✚ Percepción de la muerte próxima	57

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó con la intención de dar a conocer la importancia de la Tanatología.- se define etimológicamente como el estudio o tratado de la muerte se deriva de las raíces griegas “Thánatos”, que significa muerte y “Logos”, estudio o tratado.

Como disciplina científica ya que permite conocer al hombre en sus aspectos biológicos, psicológicos, social y espiritualmente, y surge para brindar una terapéutica de alivio, para disminuir el Sufrimiento, la Angustia y valorar la esperanza.

Enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y tratamiento del paciente en fase terminal ya que tiene la misión de proporcionar atención integral, por medio de cuidados físicos y orgánicos, verdaderas estrategias de relación de ayuda que desde las actitudes y habilidades para la comunicación garanticemos al paciente y su familia un afrontamiento adecuado de la situación. Con respeto y dignidad.

En el del Primer Capítulo se abordan las Bases Legales para el manejo del Paciente en Estado terminal. En el Segundo Capitulo se trata de la Historia de la Tanatología así como la importancia de conocer los procesos por lo que pasa el paciente antes de aceptar su propia muerte En el Capítulo Tercero encontraremos el origen de los cuidados paliativos que son fundamentales, ya que de ahí se desglosan los cuidados de enfermería que se proporcionan y garantizan al paciente una calidad de vida y conseguir el derecho a una muerte con dignidad En el Capítulo Cuarto se realiza la valoración por el personal de enfermería por patrones de Respuesta Humana para proporcionar Calidad y Calidez en la atención y manejo de las intervenciones por el personal de enfermería, en el último apartado se encuentran las conclusiones, bibliografía empleadas para el sustento teórico del trabajo y anexos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo Primordial conocer la atención del Personal de Enfermería que recibe y atiende a un Paciente en Estado Terminal, en relación a la información de su diagnóstico, el Trato Digno, la Orientación en aspectos Tanatológicos y la referencia de manera formal a un apoyo tanatológico profesional.

La Formación del Equipo de Enfermería está dirigida para enfrentar la enfermedad y conservar la vida, implica principios éticos, humanistas y científicos; pero el manejo de la muerte no es enfrentado abiertamente con el paciente, por lo que, se dificulta Proporcionar opciones de Calidad de Vida así como brindar Cuidados Paliativos para los pacientes terminales, considerándose estas como costosas, y muchas veces no son acordes a un juicio clínico y ético, por lo que los sistemas de salud en muchas ocasiones por la saturación en los servicios ocasionan pocas alternativas Tanatológicas reales para mejorar la calidad de vida para estos Pacientes.

El Objetivo primordial es dar a conocer la importancia que tiene la Tanatología para los pacientes que se encuentran en fase terminal, para brindarles un apoyo en la aceptación de su enfermedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✚ Dar a conocer la Importancia de la Tanatología para el personal de enfermería en el manejo de pacientes en fase terminal para garantizar un cuidado de calidad y calidez.

OBJETIVO ESPECIFICO

- ✚ Promover la calidad de la atención de enfermería y cuidados paliativos a través de una educación continua para brindar una calidad de vida al Paciente en fase terminal.

CAPÍTULO I

BASES LEGALES

1.1 Derechos de los Pacientes en Estado Terminal

El Enfermo Terminal es fácil de reconocer, pero difícil de definir.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que son cinco características las que lo definen:

- 1.- Padecer una enfermedad grave, progresiva e incurable.
- 2.- No responder adecuadamente a los tratamientos específicos.
- 3.- Estar afectado por una multitud de problemas y síntomas intensos, multifocales y rápidamente cambiantes.
- 4.- Sufrir un impacto emocional severo ante la inminencia de la muerte, que se hace extensivo al círculo familiar.
- 5.- Tener una esperanza de vida aproximadamente menor a tres meses.¹

El Enfermo Terminal debe participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se le han de aplicar. Pese a sus limitaciones mantiene una capacidad de autogobierno, por lo que hay que respetar sus deseos y hacerle participar en las decisiones que afecten a sus cuidados.²

La fuente normativa del derecho humano a los cuidados paliativos, una puntualización de los derechos que asisten a los enfermos en fase terminal y que son vulnerados con mayor frecuencia. Con la finalidad de explicar el vínculo conceptual existente entre los derechos humanos y los cuidados paliativos, se considera que estos segundos constituyen en sí mismo un derecho humano derivado del derecho a la vida y del derecho a una muerte digna.

¹ La Dependencia de los Enfermos Terminales Buscador (Google)
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/documentos/2006/03/funcas.pdf>

² ¿Qué Derechos asisten a los Enfermos Terminales? Buscador (Google) Dr. Ángel Morales Santos.
<http://www.ehu.es/ywcaroa/doc/sovpalXIIIcurso/09%20Morales.pdf>

Los Derechos Humanos adquieren, las obligaciones de respetar y garantizar los conocimientos adquiridos en el ámbito nacional, son atributos inherentes a toda persona por su sola condición de serlo, sin distinción de Edad, Raza, Sexo, Nacionalidad ó Clase Social

- ✚ Derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- ✚ Derecho de mantener una esperanza, cualquiera que sea esta.
- ✚ Derecho de expresar a mi manera mis sentimientos y mis emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte.
- ✚ Derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
- ✚ Derecho de no morir sólo.
- ✚ Derecho de ser liberado del dolor.
- ✚ Derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea mi pregunta.
- ✚ Derecho de no ser engañado.
- ✚ Derecho de recibir ayuda de mi familia y para mi familia en la aceptación de mi muerte.

- ✚ Derecho de morir en paz y con dignidad.
- ✚ Derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- ✚ Derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes, que van a intentar comprender mis necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome a enfrentarme con la muerte.
- ✚ Derecho a que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte
- ✚ Derecho a que se respete y en lo posible se alivie el dolor de mis familias, allegados y amigos.
- ✚ Derecho a expresar mis sentimientos y emociones, en todo momento y enfocar a mí manera mi propia muerte.
- ✚ Derecho a poder acceder y emitir un documento legal de últimas voluntades donde se establezcan por escrito las disposiciones oportunas respetando las condiciones en torno a mi muerte.
- ✚ Derecho a decidir si deseo estar consciente, dentro de las limitaciones de mí enfermedad hasta el fin y ser trasladado a mí domicilio a mi solicitud.
- ✚ Derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados y de mí vida.
- ✚ Derecho a que mi cadáver sea tratado con dignidad y respeto, dentro de los límites.³

³ Dr. Prof. Raúl Padrón Chacón. El Paciente en Estado Terminal. Mayo-Agosto 2008/Bioética. 15-19 pp.

1.2 Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo Primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo Segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo Tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo Cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo Quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo Sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo Séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo Octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo Noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo Décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo Décimo Primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo Décimo Segundo.- Evitar que alguna persona utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo Décimo Tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo Décimo Cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo Décimo Quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo Décimo Sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

Artículo Décimo Sétimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas instituciones, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

CAPITULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo Décimo Octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo Décimo Noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo Vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo Vigésimo Primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo Vigésimo Segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPITULO V

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo Vigésimo Tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo Vigésimo Cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo Vigésimo Quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPITULO VI

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo Vigésimo Sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo Séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo Vigésimo Octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.⁴

1.3 Decálogo de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México

⁴ Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. ISBN-970-721-023-0. Cruzada Nacional por la Calidad. México, DF. Diciembre, 2001. Buscador (Google).

http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines Profesionales.⁵

1.4 Ley de Voluntad Anticipada

⁵ Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. ISBN-970-721-023-0. Cruzada Nacional por la Calidad. México, DF. Diciembre, 2001. Buscador (Google).
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf



*“2008-2010. Bicentenario de la Independencia y
Centenario de la Revolución, en la Ciudad de México”*

GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL

Órgano del Gobierno del Distrito Federal

DÉCIMA SÉPTIMA ÉPOCA 4 DE ABRIL DE 2008

No. 307

ÍNDICE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

JEFATURA DE GOBIERNO

◆ DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE EL REGLAMENTO DE LA LEY DE PROTECCIÓN A LA SALUD DE LOS NO FUMADORES EN EL DISTRITO FEDERAL 3

◆ DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE EL REGLAMENTO DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL 8

SECRETARÍA DEL MEDIO AMBIENTE

◆ PROGRAMA ANUAL DE OBRA PÚBLICA 2008

	21
DELEGACIÓN TLAHUAC	
♦ PADRONES DE BENEFICIARIOS DE LOS PROGRAMAS DE DESARROLLO SOCIAL A CARGO DE LA DELEGACIÓN TLAHUAC, EN EL EJERCICIO FISCAL 2007	23
DELEGACIÓN VENUSTIANO CARRANZA	
♦ PROGRAMA ANUAL DE OBRAS PÚBLICAS 2008	26
♦ PROGRAMA ANUAL DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACION DE SERVICIOS EJERCICIO FISCAL 2008	27
CONVOCATORIAS DE LICITACIÓN Y FALLOS	28
SECCIÓN DE AVISOS	
♦ PHARMATECH, S.A. DE C.V.	44
♦ FOMENTO DE CAPITAL, S.A. DE C.V.	47
♦ SERVICIOS DIRECTIVOS INTEGRALES, S.A. DE C.V.	47
♦ COMERCIALIZADORA BEDEPAK, S.A. DE C.V.	48
♦ IMPORTADORA KISLEV, S.A. DE C.V.	48
♦ SERVICIOS ESPECIALES DE RESGUARDO, S.A DE C.V.	49
♦ EDICTOS	49

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Reglamento entrará en vigor al día hábil siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

SEGUNDO.- En tanto la Secretaría de Salud emite el Manual de Letreros y/o Señalamientos Preventivos, Informativos o Restrictivos, seguirá en vigor el Aviso por el que se da a conocer el Catálogo de Letreros y Señalamientos para la Protección de los No Fumadores, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 8 de abril de 2004, en lo que no se oponga a las disposiciones legales vigentes.

Dado en la Residencia Oficial del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, en la Ciudad de México, a los tres días del mes de abril del año dos mil ocho.

EL JEFE DE GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.-MARCELO LUIS EBRARD CASAUBON.-FIRMA.- EL SECRETARIO DE GOBIERNO.-JOSÉ ÁNGEL ÁVILA PÉREZ.- FIRMA.- EL SECRETARIO DE SALUD.- MANUEL MONDRAGÓN Y KALB.- FIRMA.- EL SECRETARIO DE TRANSPORTES Y VIALIDAD.- RAÚL ARMANDO QUINTERO MARTÍNEZ.- FIRMA.-EL SECRETARIO DE SEGURIDAD PÚBLICA.- A. JOEL ORTEGA CUEVAS.- FIRMA.

DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE EL REGLAMENTO DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL

(Al margen superior un escudo que dice: **Ciudad de México.-** Capital en Movimiento)

DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE EL REGLAMENTO DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL DECRETO

MARCELO LUIS EBRARD CASAUBON, Jefe de Gobierno del Distrito Federal, con fundamento en los artículos 122, apartado C, Base Segunda, fracción II, inciso b), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 8, fracción II, 67, fracción II y 90 del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal; 2, 5, 14, 15, fracción VII y XXIX, fracciones I, II, III, IX, XI, XIX y XX, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; y el Artículo Tercero Transitorio del Decreto por el que se expide la Ley de la Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, se adiciona el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de enero del 2008, he tenido a bien expedir el siguiente:

REGLAMENTO DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Las disposiciones contenidas en este Reglamento, son de orden público e interés social y tienen por objeto regular la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal en Instituciones Públicas y Privadas de Salud.

Artículo 2. Para los efectos del presente Reglamento se entenderá por:

I. Comité Hospitalario de Ética Médica: Es el grupo consultor interdisciplinario que se ocupa de verificar, avalar y hacer recomendaciones sobre el diagnóstico del enfermo en etapa terminal y la aplicación de la Voluntad Anticipada.

II. Coordinación Especializada: Es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría de Salud en materia de Voluntad Anticipada.

III. Diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal: Es el documento suscrito por el médico tratante, avalado por el Director de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud y autorizado por el Comité Hospitalario de Ética Médica, previo análisis de la información contenida en el expediente clínico, el cual deberá ser firmado autógrafamente por los mismos.

IV. Documento de Voluntad Anticipada: Es el Documento Público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica.

V. Formato de Voluntad Anticipada: Es el Formato oficial emitido por la Secretaría en el que cualquier enfermo en etapa terminal o suscriptor, manifiesta ante el personal de salud de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica.

VI. Información al Enfermo: Es aquella que proporciona el médico tratante o personal de salud de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, al enfermo en etapa terminal o suscriptor del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, de manera veraz, completa y comprensible, sobre el diagnóstico, pronóstico y plan de manejo.

VII. Ley: Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

VIII. Obstinación Terapéutica: Es la utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal.

IX. Red Hospitalaria: Conjunto de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, que proporcionan servicios de atención médica, quirúrgica y hospitalaria.

X. Reglamento: El presente Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

XI. Representante: Es la persona designada por el enfermo en etapa terminal o suscriptor para la revisión y confirmación de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, la verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de lo establecido en el mismo, la validez, la integración y notificación de los cambios que realicen los mismos.

XII. Resumen Clínico: Es el documento elaborado por el médico tratante de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica del enfermo en etapa terminal, contenidos en el expediente clínico.

XIII. Secretaría: Secretaría de Salud del Distrito Federal.

XIV. Signatario: Es el enfermo en etapa terminal o suscriptor que suscribe el Formato de Voluntad Anticipada.

XV. Suscriptor: Es la persona autorizada por la Ley, que suscribe el Formato de Voluntad Anticipada, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

Artículo 3. La Voluntad Anticipada puede suscribirse:

I. Por cualquier persona ante Notario Público mediante el Documento de Voluntad Anticipada.

II. Por el enfermo en etapa terminal o suscriptor, ante el personal de salud correspondiente mediante el Formato de Voluntad Anticipada emitido por la Secretaría.

Artículo 4. La expresión de la Voluntad Anticipada tiene como consecuencia:

I. No someter al enfermo en etapa terminal a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan Prolongar su vida, protegiendo en todo momento su dignidad.

II. Cumplir con lo establecido en el plan de manejo médico respecto a cuidados paliativos y en su caso sedación controlada.

III. Dar asistencia psicológica o Tanatológicas al paciente y sus familiares.

Artículo 5. Los enfermos en etapa terminal residentes en el Distrito Federal, que reciban atención y sean diagnosticados en la Red Hospitalaria, gozarán de los beneficios que otorga la Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de Seguridad Social Laboral, para el cumplimiento de su Voluntad Anticipada.

La suscripción del Formato de Voluntad Anticipada será gratuita, el costo del tratamiento, medios y atención médica se sujetará a lo establecido en la Institución de Salud correspondiente.

Artículo 6. El paciente, que reciba atención y sea diagnosticado en Unidades Médicas Hospitalarias distintas a las de la Secretaría, podrá acogerse a lo establecido en la Ley. Para ingresar a la Red Hospitalaria, deberá someterse a los procedimientos que confirmen el diagnóstico médico de enfermo en etapa terminal.

Artículo 7. Se tendrá por cumplida la obligación contenida en el artículo 9 de la ley, con el aviso electrónico que el Notario envíe a la Coordinación dentro de los tres días hábiles siguientes al otorgamiento. El aviso deberá contener, cuando menos, nombre, fecha de nacimiento y nombre de los padres de la persona a la que se aplicará la ortotanasia.

Artículo 8. El Formato de Voluntad Anticipada, suscrito ante personal de salud de la Unidad Médica Hospitalaria de la Secretaría y de Instituciones Privadas de Salud, deberá ser entregado a la Coordinación Especializada en un plazo no mayor a cuarenta y ocho horas, anexando los documentos establecidos en el artículo 18 del presente Reglamento.

Artículo 9. Cuando el enfermo en etapa terminal manifieste que existe la voluntad de donar sus órganos y tejidos, suscribirá el formato emitido por el Centro Nacional o Local de Trasplantes.

Artículo 10. Los Documentos e información que se generen en función de la Voluntad Anticipada, se sujetarán a lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal.

Artículo 11. El personal de salud y el personal administrativo de las Unidades Médicas Hospitalarias de la Secretaría y las Instituciones Privadas de Salud, deberán guardar confidencialidad y reserva respecto a las disposiciones de la Voluntad Anticipada, así como de la información que obtengan por motivo de su cumplimiento.

CAPÍTULO II

REQUISITOS DEL DOCUMENTO Y FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 12. El Documento de Voluntad Anticipada suscrito ante Notario, deberá contener las formalidades y requisitos que señala el Código Civil vigente para el Distrito Federal, la Ley del Notariado, la Ley, su Reglamento y la demás disposiciones aplicables.

Artículo 13. Las Instituciones Privadas de Salud ubicadas dentro del territorio del Distrito Federal, deberán utilizar el Formato de Voluntad Anticipada que emita la Secretaría.

Artículo 14. En cada Unidad Médica Hospitalaria y en las Instituciones Privadas de Salud, los Directivos nombrarán un responsable encargado de recabar los documentos y datos del enfermo en etapa terminal o en su caso suscriptor para llenar el Formato de Voluntad Anticipada, cuando así lo soliciten, en términos del artículo 18 del presente reglamento.

Artículo 15. El responsable de recabar los datos y llenar el Formato de Voluntad Anticipada, deberá cumplir con las siguientes formalidades:

- I. Requisitar en un sólo acto el Formato de Voluntad Anticipada.
- II. Verificar la identidad del enfermo en etapa terminal o suscriptor y demás participantes.
- III. Solicitar al enfermo en etapa terminal o suscriptor de la Voluntad Anticipada, que exprese de modo claro su voluntad.
- IV. Dar lectura en voz alta al contenido del Formato, a efecto que el enfermo en etapa terminal o suscriptor confirme que su voluntad se encuentra en los términos y condiciones manifestadas.
- V. No deberá utilizar abreviaturas, ni contener tachaduras o enmendaduras.
- VI. Recabar las firmas de los participantes.

El Formato se suscribirá por triplicado, entregando un ejemplar a la Coordinación Especializada, a la Unidad Médica Hospitalaria y al enfermo en etapa terminal, suscriptor o representante.

Artículo 16. El Formato de Voluntad Anticipada autorizado, que se agrega como anexo al presente Reglamento, contendrá los siguientes elementos:

- I. Número de control que asigne la Coordinación Especializada para su registro.
- II. Datos de la Unidad Médica Hospitalaria de la Secretaría o Institución Privada de Salud: nombre de la institución, domicilio y área de atención.
- III. Datos del enfermo en etapa terminal: nombre completo, domicilio, número telefónico, edad, sexo, estado civil, identificación oficial, nacionalidad, ocupación, número de expediente clínico y diagnóstico terminal.
- IV. Los datos del suscriptor: Nombre completo, domicilio, número telefónico, edad, sexo, estado civil, identificación oficial, nacionalidad, ocupación y parentesco.
- V. La manifestación voluntaria del enfermo en etapa terminal o en su caso del suscriptor de aceptar o no donar órganos y tejidos.
- VI. Datos del representante y los testigos: Nombre completo, domicilio, número telefónico, edad, sexo, estado civil, identificación oficial, nacionalidad y ocupación.
- VII. Observaciones.
- VIII. Fecha y hora de la suscripción del Formato de Voluntad Anticipada.

Artículo 17. El texto del Formato de Voluntad Anticipada deberá contener las siguientes disposiciones:

- I. Que el paciente fue diagnosticado médicamente en etapa terminal.
- II. Que el enfermo en etapa terminal o el representante, fueron informados por el médico tratante del diagnóstico.
- III. Que el enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor, expresa la decisión de que no sea sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios encaminados a prolongar su vida.
- IV. Que el enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor manifiesta de manera libre y consciente su voluntad.
- V. La manifestación del enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor de aceptar o no donar, órganos y Tejidos.
- VI. La firma de los participantes y en su caso, la huella digital.

Artículo 18. Los Documentos que deberán de acompañar al Formato de Voluntad Anticipada son:

- I. Copia de identificación oficial de los participantes.
- II. Copia de su resumen clínico.
- III. Copia, con firma autógrafa, del diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal.
- IV. Copia del formato emitido por el Centro Nacional de Trasplantes o Centro Local, cuando la voluntad del enfermo en etapa terminal o suscriptor sea la de donar órganos, en su caso.

Artículo 19. Podrán suscribir el Formato cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad y será obligación del personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud asentar la información en el Formato de Voluntad Anticipada, atendiendo al siguiente orden de prelación:

- I. El o la cónyuge.
- II. El concubinario o la concubina; o el o la conviviente.
- III. Los hijos mayores de edades consanguíneas o adoptados.
- IV. Los padres o adoptantes
- V. Los nietos mayores de edad.
- VI. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

Artículo 20. Podrán suscribir el Formato, cuando el enfermo en etapa terminal sea menor de edad o incapaz legalmente declarado, y será responsabilidad del personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud asentar la información en el Formato de Voluntad Anticipada, atendiendo al siguiente orden de prelación:

- I. Los padres o adoptantes.
- II. Los familiares o personas que ejerzan la patria potestad del menor.
- III. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

Artículo 21. El suscriptor del Formato de Voluntad Anticipada en los términos de los dos artículos anteriores fungirá a su vez como representante del mismo para los efectos de cumplimiento a que haya lugar.

Artículo 22. En caso de que el enfermo en etapa terminal o suscriptor del Formato de Voluntad Anticipada, padezca de alguna discapacidad que le impida comunicar su voluntad o ignore el idioma y requiera de un intérprete o de un perito traductor, la Secretaría se auxiliará de las Instituciones que cuenten con el personal capacitado para proporcionárselo.

Artículo 23. Los mayores de dieciséis y menores de dieciocho años de edad, para suscribir el Documento de Voluntad Anticipada, deberán estar acompañados por quien ejerza sobre ellos la patria potestad o tutela, y que firmarán en su nombre y representación.

Artículo 24. Los hijos mayores de dieciséis y menores de dieciocho años de edad que suscriban el Formato de Voluntad Anticipada, deberán estar acompañados de quien ejerza sobre ellos la patria potestad o tutela y que firmará en su nombre y representación.

Únicamente lo harán a falta de los familiares y personas señaladas en los términos de la Ley y este Reglamento y en los supuestos de que el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad o cuando éste sea incapaz legalmente declarado.

Artículo 25. El representante designado en el Documento, una vez que sea notificado respecto al diagnóstico terminal del enfermo, solicitará al médico tratante o, en su caso, a los Directivos de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, para que den inicio al procedimiento de cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

Artículo 26. Si el representante se excusa de vigilar el cumplimiento exacto de las disposiciones del Documento de Voluntad Anticipada, el enfermo en etapa terminal podrá optar por el Formato de Voluntad Anticipada y nombrará a un nuevo representante.

Artículo 27. El enfermo en etapa terminal o suscriptor deberán notificar, de inmediato y por escrito al Directivo o responsable de la Institución Pública o Privada de Salud, según sea el caso, cualquier cambio en las disposiciones de la Voluntad Anticipada.

Artículo 28. El médico tratante con base en el expediente clínico tendrá la obligación de informar de forma veraz, completa y comprensible al paciente y/o representante, las acciones y procedimientos médicos realizados, previos al diagnóstico de enfermo en etapa terminal; y una vez diagnosticado, informar el plan de manejo médico tendiente al exacto cumplimiento de la Voluntad Anticipada.

Artículo 29. La Coordinación Especializada una vez recibido el Documento o Formato de Voluntad Anticipada del enfermo en etapa terminal notificará por escrito al Ministerio Público, en un término no mayor a setenta y dos horas.

CAPÍTULO III DE LA NULIDAD Y REVOCACIÓN DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 30. El personal de salud responsable de recabar la información para el requisitado del Formato de Voluntad Anticipada, suspenderá el llenado del mismo, cuando:

- I. Se realice bajo amenazas contra el enfermo en etapa terminal o suscriptor.
- II. Se realice con el ánimo de obtener un beneficio o provecho del enfermo en etapa terminal.
- III. El enfermo en etapa terminal o suscriptor no exprese clara e inequívocamente su voluntad.
- IV. El enfermo en etapa terminal o suscriptor se exprese con señas o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen.
- V. No cuente con intérprete o perito traductor como lo establece el artículo 22 de este Reglamento.
- VI. Medie alguno de los vicios del consentimiento establecidos en el Código Civil vigente para el Distrito Federal, o sea captado por dolo o fraude.
- VII. Se otorga en contravención a lo establecido por la Ley y este Reglamento.

Al presentarse alguno de los supuestos anteriores el personal de salud notificará dentro de los dos días hábiles siguientes a la Coordinación Especializada, para que de conformidad a sus atribuciones determine lo conducente.

Artículo 31. En caso de presumir la existencia de otro Documento o Formato de Voluntad Anticipada, la Coordinación Especializada verificará la existencia del último registrado y notificará, dentro de los dos días hábiles siguientes, a la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud.

Artículo 32. En caso de controversia, objeción institucional médica o familiar sobre la validez o contenido del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, se suspenderá su cumplimiento hasta que el Juez o autoridad competente resuelva.

CAPÍTULO IV DEL CUMPLIMIENTO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 33. Para efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, el personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud y Comité Hospitalario de Ética Médica, tendrán las siguientes obligaciones:

- I. Emitir, suscribir y confirmar el diagnóstico del enfermo en etapa terminal.
- II. Validar ante la Coordinación Especializada la existencia y vigencia del Documento o Formato de Voluntad Anticipada.
- III. Comenzar el manejo médico multidisciplinario del enfermo en etapa terminal.

Artículo 34. Las Unidades Médicas Hospitalarias, serán responsables de otorgar los cuidados y medidas necesarias, para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada. Las Instituciones Privadas de Salud, brindarán apoyo para otorgar los cuidados y medidas necesarias para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada.

Artículo 35. Iniciado el cumplimiento de la Voluntad Anticipada, el médico tratante registrará en el expediente clínico del enfermo en etapa terminal el plan de manejo médico conforme a las notas de evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, resultados de estudios, indicaciones médicas y acciones realizadas para el cumplimiento de la Voluntad Anticipada, lo anterior como lo señala la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

Artículo 36. Cuando existe la voluntad de donación de órganos y tejidos y una vez confirmada su vigencia por el personal de salud, la Coordinación Especializada informará a los Centros Nacional o Local de Trasplantes, para los efectos a que haya lugar.

Artículo 37. La atención médica domiciliaria será otorgada vía telefónica o a través de visita domiciliaria, debiendo sujetarse a las siguientes disposiciones:

I. Se otorgará dentro del territorio del Distrito Federal.

II. Será solicitada por el enfermo en etapa terminal, representante y/o familiares a través del área de trabajo social de la Unidad Médica Hospitalaria que le atiende.

III. Deberá ser indicada por el médico tratante, de acuerdo a la condición médica del enfermo en etapa terminal y programada por la Unidad Médica Hospitalaria correspondiente.

IV. El personal de salud que asista, le proporcionará al enfermo en etapa terminal los cuidados paliativos, en su caso sedación controlada, así como tratamiento psicológico y/o tanatológica y, para el enfermo y sus familiares, en su caso sedación controlada.

V. El personal de salud, tiene la obligación de incorporar la información al expediente clínico, respecto al cumplimiento del plan de manejo médico del enfermo en etapa terminal.

VI. El personal de salud, instruirá al familiar o persona encargada de atender al enfermo en etapa terminal, respecto al procedimiento para proporcionar los cuidados paliativos.

VII. El personal de salud, expedirá el certificado de defunción correspondiente.

Artículo 38. Las Unidades Médicas Hospitalarias, proporcionarán los medicamentos y material de curación al enfermo en etapa terminal, de conformidad con lo establecido en la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

CAPÍTULO V DE LA COORDINACIÓN ESPECIALIZADA EN MATERIA DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 39. La Coordinación Especializada contará con un titular, presupuesto y las áreas administrativas necesarias para su funcionamiento. El titular de la Coordinación Especializada será designado por el Secretario de Salud.

Artículo 40. El titular de la Coordinación, tendrá las siguientes atribuciones y obligaciones:

- I. Recibir y resguardar los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada.
- II. Registrar, organizar y mantener actualizada la Base de Datos de los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada.
- III. Adjuntar las modificaciones respecto al Documento o Formato de Voluntad Anticipada, suscrito en más de una ocasión por la misma persona.
- IV. Vigilar el cumplimiento de la Voluntad Anticipada, en las Unidades Médicas Hospitalarias de la Secretaría y en las Instituciones Privadas de Salud.
- V. Realizar campañas permanentes de sensibilización y capacitación dirigidas a la ciudadanía, personal de salud de la Secretaría y de las Instituciones Privadas de Salud, respecto a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.
- VI. Notificar por escrito al Ministerio Público de los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada, que reciba.
- VII. Reportar por escrito al Ministerio Público e instancias competentes, las irregularidades en la suscripción y el cumplimiento de la Voluntad Anticipada, observadas en las Unidades Médicas Hospitalarias de la Secretaría y las Instituciones Privadas de Salud.
- VIII. Vigilar que la información que se genere en función a la Voluntad Anticipada, se sujete a lo dispuesto a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal.
- IX. Coadyuvar en las campañas de fomento, promoción y difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos.
- X. Ser el vínculo con el Centro Nacional o Local de Trasplantes.
- XI. Las demás que la Secretaría, la Ley y Reglamento le asignen.

TRANSITORIOS

PRIMERO. – Publíquese en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. – El presente Reglamento entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

TERCERO. – La Coordinación Especializada en Voluntad Anticipada, deberá emitir su Manual de Funcionamiento dentro de los 30 días naturales contados a partir de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento. Dado en la residencia del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, en la Ciudad de México, a los treinta y un días del mes de marzo del año dos mil ocho.

**EL JEFE DE GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.- MARCELO LUIS EBRARD
CASAUBON.- FIRMA.- EL SECRETARIO DE SALUD.- MANUEL
MONDRAGÓN Y KALB.- FIRMA**

1.5 Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007

NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-011-SSA3-2007,
CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN FASE
TERMINAL A TRAVÉS DE CUIDADOS PALIATIVOS.

ÍNDICE

- 0.** Introducción.
- 1.** Objetivo.
- 2.** Campo de Aplicación.
- 3.** Referencias.
- 4.** Definiciones y abreviaturas.
- 5.** Generalidades.
- 6.** De la prescripción y otorgamiento de cuidados paliativos.
- 7.** De la atención y asistencia domiciliaria.
- 8.** De la atención ambulatoria.
- 9.** De la atención hospitalaria.
- 10.** Urgencias en cuidados paliativos.
- 11.** Concordancia con normas y recomendaciones internacionales.
- 12.** Bibliografía.
- 13.** Vigilancia.
- 14.** Vigencia.

0. Introducción.

En la historia natural de las enfermedades crónico-degenerativas, se presenta un estadio clínico denominado fase terminal, en el cual se requiere que los prestadores de servicios de atención médica lleven a cabo acciones específicas para paliar el dolor y el sufrimiento de los pacientes, con lo cual se pretende al mismo tiempo, mejorar su calidad de vida en esta difícil etapa.

Desafortunadamente para la humanidad, en el mundo, se ha registrado un aumento en el número de casos de enfermedades crónico degenerativas y por lo tanto, nuestro país no es la excepción.

Las estadísticas de mortalidad general en nuestro país, correspondientes al periodo 2000-2005, denotan que aproximadamente la tercera parte de las muertes que se registran al año, se debieron a enfermedades que cursan con una fase terminal, es decir, que con mayor frecuencia los prestadores de servicios de atención médica, tienen que hacer frente a los problemas y complicaciones de los pacientes que cursan con la fase terminal de dichas enfermedades; es en este contexto en el que los cuidados paliativos adquieren gran relevancia.

En el ámbito de la atención médica, se sabe que las enfermedades crónico-degenerativas, de las cuales, una proporción considerable corresponde a aquellas que se caracterizan por ser incurables, progresivas, invalidantes e irremediamente fatales, se encuentran intrínseca e inevitablemente ligadas con el dolor, con el sufrimiento y el deterioro de la calidad de vida de quien las padece; sin embargo, no es únicamente el enfermo el que sufre los estragos de dichas enfermedades, familiares y personas que los rodean afectivamente, también sufren una alteración considerable en sus vidas y de alguna manera comparten y les afecta ese sufrimiento y dolor.

Una de las finalidades que persigue el derecho a la protección de la salud es la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana. En correspondencia con lo anterior, resulta pertinente mencionar que el dolor es una de las principales y más frecuentes manifestaciones de las enfermedades, su presencia puede llevar a cualquier persona a un estado tal de sufrimiento y desesperación, que su entorno social y afectivo es confinado a un último plano, provocando con ello el deterioro de la calidad de su vida personal y por lo tanto de su condición como ser humano.

En los últimos 20 años, los cuidados paliativos han experimentado una creciente y acelerada demanda. Diversos países, con mayor grado de desarrollo que el nuestro, han alcanzado un alto grado de especialización en esta materia; los conocimientos y conceptos científicos, bioéticos y organizacionales que se han establecido, han influido notablemente en el desarrollo de políticas de salud, dirigidas principalmente a brindar los beneficios de la atención médica a través de cuidados paliativos, en la fase terminal de ciertas enfermedades.

Resulta pertinente mencionar que en gran parte de nuestro Sistema Nacional de Salud, aún prevalece la visión de que la obligación del médico es hacer todo lo que esté a su alcance para curar a su paciente, sin embargo, es posible que con ello se llegue al extremo de ejecutar actos desmedidos o de crueldad hacia los enfermos que cursan una enfermedad en fase terminal.

Ya que pueden ser practicadas o instrumentadas acciones de atención médica, que resulten dolorosas y que no necesariamente ayudan a mejorar la calidad de vida y mucho menos a prolongarla y que por el contrario, pueden contribuir a hacer más larga su agonía.

La elaboración de la presente Norma Oficial Mexicana, responde precisamente a la necesidad de prevenir la ocurrencia de posibles actos de crueldad hacia el paciente, estableciendo criterios de carácter ético y científico en beneficio de los pacientes, para que los cuidados paliativos en nuestro país sean proporcionados como un derecho que debe ser concedido a todo paciente que curse una enfermedad crónico-degenerativa en etapa terminal.

Asimismo, el contenido de esta norma considera tres ámbitos fundamentales de la atención médica a través de los cuidados paliativos, a saber: el hospitalario, el ambulatorio y el domiciliario.

Es muy importante mencionar que la presente norma, otorga un peso específico de gran relevancia al profesional de la salud, en virtud de que se pretende evitar al máximo, que los pacientes y sus familiares caigan en manos de charlatanes o defraudadores, que pretendan aprovechar las situaciones de crisis en la salud de las personas, únicamente en su beneficio personal.

1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto, establecer los criterios y procedimientos mínimos que permitan otorgar, a través de equipos interdisciplinarios de salud, la aplicación de cuidados paliativos adecuados a los pacientes que cursan una enfermedad en fase terminal, que les proporcionen bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como de la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en actos desproporcionados.

2. Campo de aplicación.

Esta Norma Oficial Mexicana, es de observancia obligatoria para todos aquellos establecimientos y prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado que de manera específica oferten o cuenten con un área o servicio para la atención de cuidados paliativos a pacientes que cursan una enfermedad en fase terminal.

3. Referencias.

Para la correcta interpretación y aplicación de esta Norma, es necesario consultar las Normas Oficiales Mexicanas siguientes:

3.1. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

3.2. Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece lo requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de los pacientes ambulatorios.

3.3. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.

3.4. Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

4. Definiciones y abreviaturas.

Para los efectos de esta Norma Oficial Mexicana se entiende por:

4.1. Calidad de vida, a las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas, que permiten al paciente en fase terminal actuar de acuerdo a sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales.

4.2. Claudicación familiar, a los desajustes en la adaptación de la familia a la condición del enfermo, originados por la aparición de nuevos síntomas o la reaparición de alguno(s) de ellos, que provocan angustia, depresión y que llevan al abandono del cuidado del paciente.

4.3. Cuidados paliativos, al cuidado activo e integral que, de manera específica, se proporciona a pacientes que cursan la fase terminal de una enfermedad y que se orientan a mantener o incrementar la calidad de vida del paciente en los ámbitos individual, familiar y social; en su caso, con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario.

4.4. Ensañamiento u obstinación terapéutica, a todo tratamiento del que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente, que en determinadas circunstancias se puede constituir en posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia prolongar la agonía y no la vida.

4.5. Paciente terminal, a todo paciente en fase terminal de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, sin posibilidad de reaccionar positivamente a un tratamiento curativo; con amplias posibilidades de que su muerte sobrevenga a causa de ese padecimiento.

4.6. Plan terapéutico. Conjunto de medidas terapéuticas programadas bajo la prescripción e indicación del médico tratante, dirigidas a proporcionar los cuidados paliativos.

5. Generalidades.

5.1. Los cuidados paliativos se deben proporcionar con absoluto apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, evitando en todo momento incurrir en acciones extraordinarias o desproporcionadas.

5.2. Los profesionales, técnicos y auxiliares de las diversas disciplinas de la salud que proporcionen cuidados paliativos, deberán poseer los conocimientos necesarios y la capacitación técnica idónea, acordes con el ámbito de su competencia.

5.3. El médico tratante deberá recomendar al paciente y su familia, tutor o representante legal, la participación de profesionales o técnicos en otras disciplinas que puedan coadyuvar al otorgamiento adecuado de cuidados paliativos al paciente.

5.4. Únicamente los médicos especialistas estarán facultados para indicar y prescribir medicamentos y tratamientos especializados de pacientes terminales en donde el tratamiento convencional no haya sido efectivo, durante la administración de los cuidados paliativos.

5.5. Los establecimientos para la atención médica que proporcionen cuidados paliativos de carácter ambulatorio u hospitalario, deberán contar con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos para el control del dolor y los síntomas asociados que generen un deterioro en la calidad de vida del paciente.

5.6. El médico tratante, será el responsable de indicar o prescribir un plan terapéutico, el cual deberá ser explicado en forma comprensible y suficiente al paciente, familiar, tutor o representante legal.

5.7 Durante la explicación del plan terapéutico, el médico tratante deberá informar al paciente, en su caso, familiar, tutor o representante legal, el *beneficio* con la aplicación de los cuidados paliativos sobre la condición terminal de la enfermedad, así como respecto del manejo de los signos y síntomas.

5.8 Sin menoscabo de lo que al respecto dispongan otros ordenamientos jurídico-sanitarios, para poder iniciar la aplicación del plan terapéutico de cuidados paliativos indicado o prescrito por el médico tratante, se deberá recabar en un documento escrito, el consentimiento bajo información específico.

5.8.1. En el documento que contenga el consentimiento bajo información, se deberá destacar y enfatizar el compromiso expreso del personal de salud de que no se causará mayor sufrimiento al paciente, lo cual le será debidamente explicado o en su caso a su familiar, tutor o representante legal.

5.9. Sin menoscabo de lo que al respecto dispongan otros ordenamientos jurídico-sanitarios, todas las acciones de cuidados paliativos que realice el personal de salud, deberán estar relacionadas con el plan terapéutico y deberán ser registradas, incorporadas y en su caso documentadas por éste en el expediente clínico del paciente.

5.10. El médico tratante deberá tomar en cuenta para establecer el plan terapéutico, previo consentimiento del paciente, en su caso, familiar, tutor o representante legal, las siguientes consideraciones:

5.10.1. Credo o religión y costumbres particulares del paciente;

5.10.2. Información acerca de las personas que se ocupan u ocuparán de su cuidado;

5.10.3. Información socio-económica;

5.10.4. Características de su vivienda;

5.10.5. Roles familiares, dinámica y tipo de comunicación al interior de la familia.

5.10.6. Otros de carácter personal que complementen la información necesaria para el diseño del plan terapéutico y por lo tanto para mejorar la atención del paciente.

5.11. Los responsables de los establecimientos, áreas o servicios en los que se otorguen cuidados paliativos, deberán elaborar y desarrollar un programa anual de capacitación y actualización del personal profesional, técnico y auxiliar de la salud, que coadyuven en la atención de los pacientes terminales, sobre los criterios para la aplicación de cuidados paliativos, reforzando especialmente los aspectos relacionados con los derechos y el trato digno del paciente y de sus familiares.

5.12. Los responsables de los establecimientos, áreas o servicios en los que se otorguen cuidados paliativos, deberán promover entre la población los principios éticos de la atención médica proporcionada a través de cuidados paliativos, así como la formación de grupos de apoyo psicológico y tanatológico, a fin de obtener la colaboración de las comunidades en la atención de los pacientes y evitar y manejar la claudicación familiar.

6. De la prescripción y otorgamiento de cuidados paliativos.

6.1. En toda persona que curse una enfermedad en fase terminal, existirá a su favor la presunción del médico tratante, de que requiere cuidados paliativos.

6.2. El médico tratante deberá promover, que el paciente reciba los cuidados paliativos en su domicilio, con excepción de aquellos casos en que, por las condiciones del paciente, se requieran atención y cuidados hospitalarios.

6.3. El médico tratante deberá evitar que se incurra en acciones y conductas que puedan ser consideradas como ensañamiento u obstinación terapéutica.

6.4. Los profesionales de la salud, procurarán que el paciente reciba los cuidados paliativos con un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario, en el que no únicamente participe personal del área de la salud, sino que también otras personas, ajenas al ámbito de la salud, que apoyen con la instrumentación de acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y que coadyuven en la aplicación del plan terapéutico establecido por el médico tratante.

6.5. Es responsabilidad del médico tratante, identificar en su justa magnitud, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el paciente terminal refiera, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de los mismos, con apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, evitando en todo momento acciones o conductas que puedan ser consideradas como ensañamiento terapéutico.

7. De la atención y asistencia domiciliaria.

7.1. El domicilio del enfermo, debe ser considerado como el sitio más adecuado para el otorgamiento de los cuidados paliativos, con excepción de los casos señalados en el numeral 9.1. de la presente norma.

7.2. El médico tratante del establecimiento, área o servicio, deberá aplicar protocolos de tratamiento para brindar cuidados paliativos generales y específicos, en su caso, determinar aquellos que puedan ser aplicados por los familiares en su domicilio, para el manejo del dolor y los principales síntomas que aquejan a los pacientes, los cuales deberán contener las indicaciones básicas para detectar situaciones que ameriten que el paciente sea trasladado al servicio de urgencias de una unidad hospitalaria.

7.3. Con la finalidad de evitar desplazamientos innecesarios del paciente a establecimientos para la atención médica hospitalaria, éste, en su caso sus familiares, tutor o representante legal, tendrán derecho a recibir información e instrucciones precisas por escrito, así como capacitación respecto de:

7.3.1. Los cuidados generales y propios de la condición del paciente, signos y síntomas que de acuerdo a la enfermedad, es probable que se presenten.

7.3.2. Los fármacos y esquemas terapéuticos a administrar;

7.3.3. Los números telefónicos para recibir apoyo y asesoría ante una crisis.

7.4 El médico tratante será responsable de explicar detalladamente las causas de los principales síntomas que se prevé puedan presentarse, en términos que el paciente y sus familiares puedan comprender y asociar con medidas terapéuticas estandarizadas.

8. De la atención ambulatoria.

8.1. La atención ambulatoria tiene como objetivo principal, que el paciente terminal y sus familiares, reciban atención, soporte y apoyo necesarios, para solventar las crisis que pudieran llegar a presentarse en el domicilio.

8.2. En las consultas de control y seguimiento, programadas o no, se evaluará la terapéutica prescrita, con la finalidad de realizar oportunamente los ajustes que resulten necesarios para control de los síntomas inesperados y los efectos secundarios de los fármacos prescritos.

9. De la Atención Hospitalaria.

9.1. Los criterios que los prestadores de servicios de atención médica deben observar para el internamiento de pacientes que van a recibir cuidados paliativos, son los siguientes:

9.1.1. Cuando exista una complicación reversible que amerite hospitalización para su tratamiento.

9.1.2. Pacientes con enfermedades progresivas con dolor o síntomas físicos o psicológicos severos, no controlables con las medidas establecidas para los cuidados ambulatorios o en el domicilio del paciente.

9.1.3. Cuando sea necesaria la prevención o tratamiento de crisis de claudicación familiar, que pudiera poner en riesgo la eficacia de los cuidados paliativos.

9.1.4. Cuando el régimen terapéutico se ha tornado complejo y la familia no pueda suministrar la medicación o las acciones terapéuticas de forma conveniente.

9.2. En los establecimientos de atención médica para el internamiento de pacientes, en los que se pongan a disposición del público la atención médica a través de cuidados paliativos, se deberá contar con áreas o servicios para la evaluación y atención médica especializada en procedimientos intervencionistas para el control del dolor y síntomas asociados, independientemente de la denominación del área o servicio destinado para tal fin.

9.3. El personal técnico y auxiliar de una unidad médica hospitalaria, deberá apoyar al personal médico, a fin de contribuir en la capacitación y sensibilización del paciente y familiares, sobre temas de alimentación, higiene, cuidados directos del enfermo, cambios posturales, manejo de escaras, ministración de fármacos, manejo de crisis, orientación sobre comunicación con el enfermo y en general; difundiendo diferentes métodos en beneficio del paciente.

10. Urgencias en Cuidados Paliativos.

10.1. Los establecimientos de atención médica hospitalaria que proporcionen cuidados paliativos, deberán contar con servicios de urgencias equipados y preparados para la atención del paciente que requiera de este tipo de servicios, así como con las características mínimas que establece la NOM-206-SSA1-2002.

10.2. Los médicos que presten servicios de urgencias, deberán tener acceso permanente al expediente clínico del paciente que recibe atención en su domicilio, con la finalidad de llevar a cabo el seguimiento del caso y las anotaciones pertinentes en el mismo.

10.3. En el servicio de urgencias, se deberá interrogar al paciente, familiar o representante legal a fin de que proporcione, si fuera el caso, los datos de los profesionales de la salud que requieran ser interconsultados o cuya intervención en la atención del paciente en estado de crisis pudiera resultar pertinente, en virtud de que la complejidad del caso, rebasa la capacidad resolutoria de los prestadores de servicios de atención médica que en ese momento se encuentran en el establecimiento.⁶

⁶ Diario Oficial de la Federación. Lunes 22 de Diciembre del 2008. (Segunda Sección).
http://cdvirtual.salud.gob.mx/interiores/diario_oficial/diario_2008/pdfs/diciembre/pnom011ssa3.pdf

CAPÍTULO II.

HISTORIA DE LA TANATOLOGIA

2.1 Definición de Tanatología.

La Tanatología se define etimológicamente como el estudio o tratado de la muerte, se deriva de las raíces griegas “Thánatos”, que significa muerte y “Logos”, estudio o tratado.⁷

Es el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprensión y sentimientos de culpa y pérdida de los familiares.

2.2 Antecedentes de la Tanatología.

Desde la época medieval las órdenes religiosas trabajaron con el enfermo antes de la muerte y durante la muerte misma toda la ayuda que proporcionaban era con base en el amor, era un acompañamiento para que la persona muriera en paz.

Los primeros hospicios que datan del siglo XVI, proporcionaban ayuda a viajeros necesitados y enfermos; los acompañaban hasta que morían. Posteriormente surgen unas series de iniciativas para cuidar enfermos y en el siglo XX se fundan los primeros “Hospices” para la atención del enfermo.

El Centro de Atención al Enfermo Terminal U “Hospice”

El movimiento de los centros de atención al enfermo terminal o “hospice” modernos surge en Inglaterra gracias al trabajo realizado por **Cicely Saunders**, quien inició su obra en 1948 en el hospital “St Thomas”, la continuo en “St. Joseph’s Hospice” y logra su consolidación en 1967 con la inauguración de “St Christopher’s Hospice”, en Londres.

⁷ García Fuentes, Soledad. “Qué es la Tanatología” en Manuscrito. E.N.E.O- U.N.A.M, México, 2001 1-9 pp.

Los Hospices o centros de atención a enfermos terminales se crearon al buscar un acercamiento positivo con los enfermos terminales y sus familias, atendiendo el dolor e informando la realidad tal y como es, con el objetivo primordial de vivirla humanamente y ayudar a encontrar una muerte serena y en paz.

Se debe a Elizabeth Kübler-Ross la creación de toda una Nueva Filosofía para atender y cuidar a los enfermos terminales.

Concepto: La National Hospice Organization (NHO) de los Estados Unidos de America, institución nacida en 1980, define el Hospice como un programa dirigido por médicos y coordinado por enfermeras que proporciona un continuo cuidado ambulatorio o en el régimen de hospitalización a los pacientes moribundos y sus familias. Emplea un equipo interdisciplinario que actúa bajo la administración autónoma del Hospice. El Programa proporciona cuidados paliativos y de apoyo acorde con las necesidades especiales Físicas, Emocionales, Espirituales, Sociales y Económicas que experimentan durante la etapa, la muerte y el duelo.

De hecho como asegura la investigadora sobre el tema Ma. Pilar Nuñez, el Hospice más que una institución, es una filosofía de acompañamiento en la fase final de la vida, en la que se afronta abiertamente el proceso de morir y se prepara a la persona para la experiencia de la muerte como algo natural e inevitable del ciclo de vida.

También refuerza la autonomía personal y busca acompañara la persona en las últimas fases de una enfermedad incurable, de modo que pueda vivir tan plena y confortablemente como sea posible en un proceso en el que ni se acerca ni se retrasa la muerte.

Tipos de Cuidados Disponibles en un “Hospice”

1.-Cuidados Ambulatorios

2.-Unidades de Hospitalizados Independientes

Objetivos Generales:

La National Association of Health Authorities (NAHA) publicó en 1987 directrices tituladas "Cane of Dying A Guide for Health Authorities"

1.- Atención al Enfermo Terminal:

Todos los cuidados irán dirigidos a cuidar que la persona tenga una calidad de vida y una calidad de muerte óptimas, realizando las máximas actividades posibles de su vida diaria.

Para ello es imprescindible suprimir o aliviar el dolor y síntomas desagradables, ayudar al paciente a elaborar sus duelos, acompañarlo en su soledad, procurar que tenga la máxima independencia y ofrecerle los medios necesarios que le permitan cubrir sus necesidades espirituales.

2.- Atención a la Familia y Amigos:

La Familia debe ser considerada parte integral de la atención al paciente, ya que formara una unidad con él. Se educará a la familia y amigos con la finalidad de cuidar adecuadamente al enfermo, así como dar soporte emocional durante el proceso de muerte y duelo. Se ofrecerán facilidades de hospitalización para que la familia pueda descansar en un proceso tan agotador y estresante.

Los Cuidados Especiales que se llevan a cabo en un "Hospice".

- ✚ Cuidados Cotidianos.
- ✚ Control de Síntomas.
- ✚ Coordinación de Servicios Médicos y de Enfermeras.
- ✚ Equipo Interdisciplinario de ayuda.
- ✚ 24 horas de Servicio durante 7 días de la semana.
- ✚ Cuidados al paciente y a la familia como unidad.
- ✚ Seguimiento durante el Duelo.

Filosofía de un Centro de Atención al Enfermo Terminal.-

Para que la filosofía de un “Hospice” se pueda llevar a cabo es necesario considerar los siguientes puntos:

- 1.-El Enfermo y su familia conocen un tratamiento paliativo
- 2.- La Terapia de dolor está al alcance del paciente no sólo para aliviar el dolor sino también para evitarlo.
- 3.- La Cirugía sólo está indicada como un tratamiento paliativo.
- 4.- El Enfermo y su familia conocen su condición de Enfermo Terminal.
- 5.- La Formación de un equipo interdisciplinario de trabajo es esencial para la asistencia integral del paciente y su familia.
- 6.- Los Familiares y amigos participan activamente en el acompañamiento al paciente hasta su muerte.

2.3 El Proceso de Morir “Elizabeth Kübler-Ross”.

Elisabeth Kübler-Ross es la pionera mundial de la Tanatología. Para todos, es la autora que se debe estudiar forzosamente si se desea profundizar en esta disciplina científica. Ella nació en Zurich, estudió medicina, su primer libro fue “ON DEATH AND DYING”. En el que describe lo que, según ella es el Proceso de Morir de todo ser humano en cualquier parte del mundo. Son cinco fases que ella propone.

1.-Primera Fase: NEGACION

Cuando el paciente y la familia conocen el diagnóstico de una enfermedad fatal, la primera reacción será la de Negar: “No, yo no, no puede ser cierto”. La tienen también aquellos a quienes se les negó la verdad y que poco a poco la fueron descubriendo.

Algunos enfermos hacen uso de la Negación con algunos miembros del equipo de salud e incluso con algunos de sus familiares. Escogen a la gente con la que pueden platicar sobre su Enfermedad y Muerte y fingen mejoría con los que parece que no puedan tolerar la idea de su fallecimiento. Ellos podrán hablar más fácilmente con quienes respetan su deseo de negar la enfermedad.

2.-Segunda Fase: IRA

La primera reacción deja a una nueva. Cuando ya no se puede mantener la Negación ésta es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento. La Pregunta Lógica es: ¿Por qué yo? ¿Por qué a mí? Esta fase es muy difícil de afrontarlo para la familia como para el personal del hospital, ya que la ira se proyecta contra todo y contra todos.

El problema está, señala Kübler-Ross, en que pocas personas se ponen en el lugar del paciente, así como la tragedia, radica en que no pensamos en las razones del enojo del paciente y lo tomamos como algo personal, cuando el origen no tiene nada que ver, o muy poco, con la persona que recibe toda la ira del enfermo o familiar.

3.-Tercera Fase: REGATEO

Esta es la menos conocida y dura sólo breves períodos de tiempo, pero es igualmente útil para el paciente y la familia y necesaria de conocer por parte del Tanatólogo. Kübler-Ross reflexiona sobre esta idea:

El Enfermo, cuando ya se sabe desahuciado, utiliza la misma técnica. Sabe que a lo mejor recibe una recompensa por su buena conducta. Y busca este premio.

La mayoría de estas promesas se hacen con Dios, asegura ella, y generalmente se guardan en secreto, se dicen entre líneas, o en la oficina del sacerdote. Incluyen dedicar su vida a Dios o a la Iglesia, o donar su cuerpo, o partes de él, a la ciencia.

4.-Cuarta Fase: DEPRESION

Cuando el desahuciado ya no pueda seguir negando su enfermedad ni sostener su rabia, empezará a tener la sensación de una gran pérdida. Kübler-Ross la llama Depresión Anticipatoria, es normalmente es silenciosa. Se trata de un sufrimiento que no necesita hablarse. Es un sentimiento que puede aliviarse más fácilmente tocando la mano, acariciando el cabello, o sentándose en la cama, en silencio, al lado del moribundo. Quizá este pida una oración ya que su preocupación es más por lo que le espera que por lo que deja atrás.

Debemos saber que la Depresión Anticipatoria es necesaria y es benéfica al enfermo que pronto va a morir, si es que queremos que muera con aceptación y en paz.

5.-Quinta Fase: ACEPTACION

Si un paciente tuvo suficiente tiempo y se le ayudó en todas las fases anteriores, llegará a la Aceptación; su Muerte ya no lo deprimirá ni tampoco lo enojará. Podrá contemplar su próximo fin con relativa facilidad.

En estos momentos, la familia es la que necesita más ayuda: el moribundo ha encontrado ya cierta paz y aceptación y su capacidad de interesarse por las cosas o las gentes esta disminuida.⁸

⁸ Reyes Zubiría, Luis Alfonso. Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y su Familia Curso Fundamental de Tanatología. "El Proceso de Morir de Elisabeth Kübler- Ross". Tomo 3, México, 1996 77-85 pp.

CAPÍTULO III.

ORIGEN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

3.1 Definición de Cuidados Paliativos.

Cuidados Paliativos

Es el cuidado activo y total de las enfermedades que **NO** tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias.⁹

3.2 Objetivos de los Cuidados Paliativo.

El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos.

Objetivo de los Cuidados Paliativos según la OMS

- ✚ Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.
- ✚ Dar apoyo psicológico, social y espiritual
- ✚ Reafirmar la importancia de la vida, considerando la muerte como un proceso normal.
- ✚ Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- ✚ Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el periodo de duelo.
- ✚ Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga.
- ✚ Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos.¹⁰

Estos objetivos corresponden a la concepción del así llamado derecho a morir con dignidad, no como derecho a morir.

⁹ Mercado Aranda, Martha C. Intervenciones Tanatológicas de Enfermería. 501-503 pp.

¹⁰ Dr. Prof. Raúl Padrón Chacón. El Paciente en Estado Terminal. Mayo-Agosto 2008/Bioética. 15-19 pp.

3.3 Antecedentes de los Cuidados Paliativos.

La palabra latina Hospitium significaba inicialmente el sentimiento cálido experimentado por huésped y anfitrión y luego el lugar físico donde este sentimiento se experimentaba. La versión griega de lo mismo fue xenodochium, y alrededor del siglo IV aparece la primera de muchas instituciones cristianas bajo ambos nombres, hospitium o xenodochium, primero en el territorio bizantino, luego en Roma y finalmente a lo largo de Europa. Estas instituciones serían consideradas los primeros hospicios u hospitales.

Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Es un concepto más amplio que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando en la definición el trabajo integrado de médicos y de otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes espirituales.

Durante la Edad Media los hospicios fueron lugares de acogida para peregrinos, los que muchas veces venían gravemente enfermos o moribundos. De esta manera, estos lugares no sólo daban refugio y alimento a extranjeros, sino también cuidados a enfermos y moribundos. Sin embargo, la mayoría de los hospicios tuvieron un fin bastante abrupto con la llegada de la Reforma.

La primera vez que se vuelve a usar el término hospicio, pero esta vez directamente en vinculación con el cuidado a los moribundos, fue en Francia, en 1842, fecha en que Mme Jeanne Garnier fundó los llamados Hospicios o Calvarios. Posteriormente en 1879 aparecen Our Lady's Hospice en Dublin y en 1905 St Joseph's Hospice en Londres, ambos fruto del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesas.

El "inicio oficial" del llamado Movimiento de Hospicios Moderno se atribuye a la fundación del St Christopher's Hospice en Londres, en 1967. Los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias.

Este fue el primer Hospicio en el que, además de dar atención a pacientes terminales, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo.

Su fundadora, la ya mencionada Dame Cicely Saunders, es considerada pionera en esta área. El probable origen etimológico de la palabra paliativo es la palabra latina pallium, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento (Mount BM, J Pain Symptom Manage, 1993)

En francés, la palabra hospice puede usarse como sinónimo de hospital. Por esta razón y para evitar posibles confusiones, Balfour Mount acuñó el término Cuidados Paliativos en lugar de Hospice para ser utilizado en Canadá. Así mismo, Inglaterra optó por nombrar como Medicina Paliativa a la disciplina que en el año 1987 sería aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina.

CAPÍTULO IV.

METODOLOGÍA PARA LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES DE RESPUESTA HUMANA EN PACIENTES EN ESTADO TERMINAL

4.1 La Atención del Personal de Enfermería

La Enfermera, en el cumplimiento de su misión al proporcionar atención integral al enfermo terminal, debe aplicar los principios, normas morales y obligaciones derivadas que merece la persona como ser humano en estado de necesidad, para ofrecerle la mejor ayuda.

Teniendo en cuenta que tiene que cumplir el término de Calidad de la Vida (OMS) se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.

4.2 Respuestas Humanas

Es “la forma en que el Cliente responde a un Estado de Salud o Enfermedad”, (Iyer 1977:124) representando “(...) todos aquellos fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería” (Iyer 1997:4).¹¹

Esta forma de responder incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos.

Las Respuestas Humanas son personales y múltiples por obedecer a la naturaleza propia de cada individuo y surgen como resultado de las necesidades del ser humano de la interacción con el entorno y de los problemas que origina la pérdida de la salud.

Cuáles son las Respuestas Humanas.-

El individuo, familia y comunidad pueden presentar una gran variedad de respuestas humanas que se agrupan por sus características de Nueve Patrones:

¹¹ Bertha Alicia Rodríguez Sánchez. Proceso Enfermero. Ediciones Cuellar. 20-21 pp.

4.3 Patrón de Intercambio:

Explora las funciones fisiológicas que realiza el organismo para mantener un equilibrio con su entorno, también se realice a las conductas del individuo o grupo relacionadas con el cuidado y mantenimiento de la salud.

1.- Características de la Alimentación.-

- a)- Estimular y controlar la ingestión de los nutrientes necesarios diariamente.
- b)- Enseñar al familiar de cómo presentar los alimentos al paciente.
- c)- Recomendar ingestas en pequeñas cantidades pero de forma frecuente.
- d)- Adiestrar al familiar en la técnica de alimentación parenteral.

Definición de la Alimentación Parenteral.-

Es una técnica de soporte nutricional artificial cuyo objetivo es mantener el estado nutricional correcto del paciente cuando la vía enteral es inadecuada o insuficiente. Inicialmente, su uso se había restringido a las unidades de cuidados intensivos debido al estado de los pacientes y a los cuidados y complicaciones que conlleva este procedimiento, pero la necesidad creciente en pacientes con patología crónica (oncológicos, trastornos intestinales) y el desarrollo de equipos expertos en soporte nutricional, ha extendido su campo a la asistencia domiciliaria mejorando así la calidad de estos enfermos.

- e)- Administrar líquidos para evitar deshidratación y estreñimiento.
- f)- Estimular en todo momento el acto de la alimentación mediante conversaciones agradables.

2.- Cuidado y características de la piel.-

La Piel.-

Es el mayor órgano del cuerpo humano, o animal. Ocupa aproximadamente 2 m², y su espesor varía entre los 0,5 mm (en los párpados) a los 4 mm (en el talón). Su peso aproximado es de 5 kg. Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con

el entorno, y éste varia en cada especie. Anatómicamente se toma como referencia las medidas estándar dentro de la piel humana.

La Biología estudia tres capas principales que, de superficie a profundidad, son:

- Epidermis
- Dermis
- Hipodermis

Definición de Ulcera.-

Podemos definir las úlceras por presión como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa.

El tratamiento y la detección precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones.

Etiopatogenia:

Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular.

Si la presión no disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración.

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios.

Fisiopatológicos.-

1. Lesiones Cutáneas: Edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
2. Trastorno en el Transporte de Oxígeno:
3. Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso): Delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación.
4. Trastornos Inmunológicos: Cáncer, infección.
5. Alteración del Estado de Conciencia: Estupor, confusión, coma.
6. Deficiencias Motoras: Paresia, Parálisis.
7. Deficiencias Sensoriales: Pérdida de la sensación dolorosa.
8. Alteración de la Eliminación (urinaria/intestinal): Incontinencia

✚ Derivados del Tratamiento.-

Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

- Inmovilidad Impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas: Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores.
- Tratamientos o Fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia.
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: Sondaje vesical, nasogástrico.

✚ Situacionales.-

Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos.

- Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés.
- Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama, objetos de roce, etc.

✚ Del Desarrollo:

Relacionados con el proceso de maduración.

- Niños Lactantes: Rash por el pañal...
- Ancianos: Pérdida de la elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.

✚ Del Entorno:

- Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.

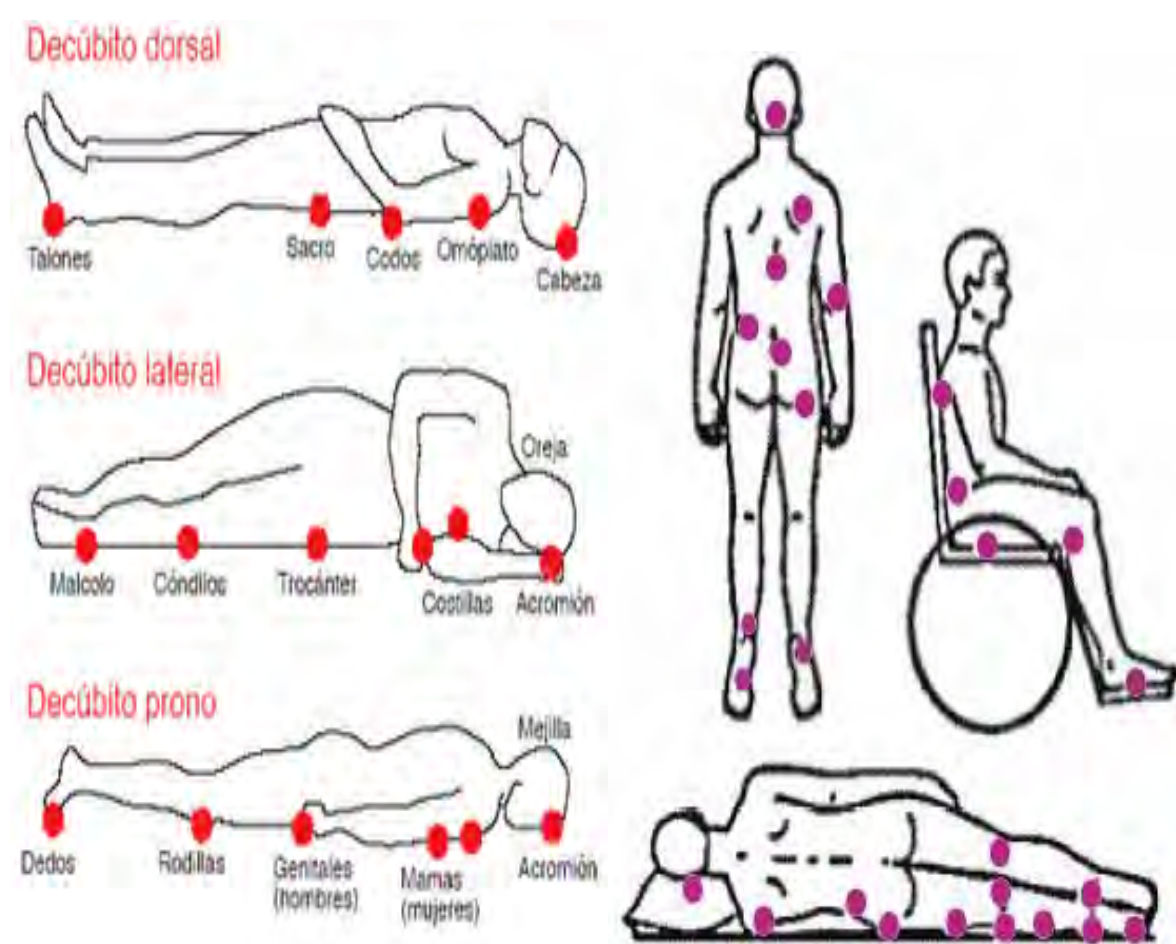
La falta de educación sanitaria a los pacientes.

- La falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial.

- La falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.
- La desmotivación profesional por la falta de formación y/o información específica.
- La sobrecarga de trabajo del profesional.

✚ Localización :

Habitualmente en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo. Las áreas de más riesgo serían la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.



✚ Prevención de las Úlceras por Presión :

Debe fomentarse el uso de tablas o registros de valoración que analizan los factores que contribuyen a su formación y que nos permitan identificar a los pacientes con riesgo, sobre los que establecer protocolos de prevención.

El uso de esta tabla u otras similares, debe ser el primer paso en la PREVENCIÓN.

Deben ser cómodas, no complicadas, que incluyan el máximo número de factores de riesgo.

Las debe elegir el equipo asistencial, y este debe regular su uso, al ingreso o primer contacto con el paciente y después en los plazos que establezca el equipo.

INDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4.BUENO	4.ALERTA	4.CAMINANDO	4.TOTAL	4.NINGUNA
3.DEBIL	3.APÁTICO	3 CON AYUDA	3.DISMINUIDA	3.OCASIONAL
2.MALO	2.CONFUSO	2.SENTADO	2.MUY LIMITADA	2.URINARIA
1.MUY MALO	1.ESTUPOROSO	1.EN CAMA	1.INMOVIL	1.DOBLE INCONTINENCIA

Índice de 12 o Menos: Muy Alto riesgo de escaras o úlceras en formación.

Índice de 14 o Menos: Riesgo evidente de úlceras en posible formación.

✚ Valoración de Riesgo:

- 1.- Considere a todos los pacientes potenciales de riesgo.
- 2.- Elija y utilice un método de valoración de riesgo.
- 3.- Identifique los factores de riesgo.
- 4.- Registre sus actividades y resultados. Evalúe.

✚ Cuidados Específicos:

1.- Piel

- Examine el estado de la piel a diario.
- Mantenga la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lave la piel con agua tibia, aclare y realice un secado meticuloso sin fricción.
- No utilice sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)
- Aplique cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Preferentemente se utilizará lencería de tejidos naturales.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores (poliuretano, hidrocoloides)
- No realizar masajes sobre prominencias óseas.

2.- Incontinencia:

- Tratamiento de la incontinencia.
- Reeducación de esfínteres.
- Cuidados del paciente: absorbentes, colectores.

3.- Movilización:

Elabore un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.

Realice cambios posturales:

- Cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- En períodos de sedación se efectuarán movilizaciones horarias si puede realizarlo autónomamente, enséñele a moverse cada quince minutos.
- Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evite el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Evite el arrastre. Realice las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
- En decúbito lateral, lo sobrepase los 30 grados.
- Si fuera necesario, eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (Máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- Use dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, pero recuerde que sólo es un material complementario No sustituye a la movilización.

✚ Cuidados Generales:

Tratar aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión:

- Alteraciones respiratorias
- Alteraciones circulatorias
- Alteraciones metabólicas
- Identificar y corregir los diferentes déficits nutricionales (calorías, proteínas, vitaminas y minerales).
- Asegurar un estado de hidratación adecuado.

✚ Educación:

- Valore la capacidad del paciente para participar en su programa de prevención.
- Desarrolle un programa de educación para prevenir úlceras por presión que sea:

Organizado, estructurado y comprensible.

Dirigida a todos los niveles: pacientes, familia, cuidadores, gestores, y que incluyan mecanismos de evaluación sobre la eficiencia.

✚ Cuidados Paliativos y Úlceras por Presión:

El que un paciente se encuentre en Estado Terminal de su enfermedad no justifica el que se le generen Úlceras o Escaras por presión el objetivo es evitar la aparición de las úlceras por presión. En el caso de que el paciente presente úlceras por presión se deberá de actuar:

- No culpabilizando al entorno de cuidados de la aparición de las lesiones.
- Es una complicación frecuente y en muchos casos en ese estadio, probablemente inevitable.
- Planteando objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando, en la posible técnicas agresivas.

- Manteniendo limpia y protegida la herida, para evitar el desarrollo de la infección.
- Seleccionando apósitos que permitan distanciar la frecuencia de las curas para evitar las molestias causadas por este procedimiento.
- Mejorando el bienestar del paciente, evitándole dolor e intentando controlar, el existente, el mal olor de las lesiones (mediante apósitos de carbón activado, gel de metronidazol, etc.)
- En situación de agonía será necesario valorar la necesidad de realizar cambios posturales en el paciente.
- Mantener sábanas limpias y estiradas.
- Baño de aseo diario sin soluciones y cada vez que sea necesario.
- Aplicar cremas corporales (grasas u oleosas) haciendo énfasis en las áreas de apoyo.
- Dar masajes en las zonas de Riesgo.
- Detectar tempranamente la aparición de lesiones de úlcera por presión.
- Evitar polvos de talco aplicados directamente sobre la piel.
- Realizar cambios de posición cada una o dos horas.
- Aumentar la hidratación oral.
- Colocar rodillos en zonas de prominencias óseas.
- No dar masajes sobre las zonas enrojecidas

4.4 Patrón de Comunicación:

Aborda el proceso de “intercambio de ideas o pensamientos”, (Kozzier 1993:269), pero también “puede ser una transmisión de sentimientos (...)” (Kozzier 1993:269) constituyéndose en una interacción personal y social; en donde la enfermera (o) valora los factores que afectan este proceso para establecer un diagnóstico y determinar acciones de acuerdo a su campo de competencia.

- 1.-La forma de vestir y apariencia del individuo.
- 2.- La postura y expresiones faciales.
- 3.- Facilidad o dificultad para expresar ideas, pensamientos y sentimientos.

4.5 Patrón de Relación:

Ubica al hombre como un ser social que convive y establece lazos efectivos que intervienen en su desarrollo, haciéndose necesarios la identificación de situaciones que en determinado momento puedan afectar la salud del propio individuo o grupo.

- 1.- Características de la familia.
- 2.- Cumplimiento del rol.
- 3.- Habilidad para establecer relaciones personales satisfactorias.

4.6 Patrón de Valoración:

Abarca los aspectos socio-culturales del individuo y grupo así como las creencias religiosas, con el fin de actuar en consideración a estos; para mantener o recuperar la salud y fomentar la fe y esperanza.

- 1.- Religión que se profesa.
- 2.- Actitud religiosa.
- 3.-Deseos de ser visitado por un guía espiritual.
- 4.- Expresiones de fe y esperanza.

4.7 Patrón de Elección:

Estudia todas aquellas respuestas de la persona ante una situación dada y considera al estrés “como un suceso o series de circunstancias que originan respuesta organizada”; (Kozzier 1993:849) por lo que la enfermera (o) debe observar las manifestaciones del estrés y determinar en que medida la persona o grupo lo afronta y logran la adaptación ya sea fisiológica, psicológica o social-cultural.

- 1.- Cambios de la anatomía y fisiología del cuerpo originados por la edad o alguna patología.
- 2.- Retraso en la búsqueda de atención medica.
- 3.- Capacidad para tomar decisiones.
- 4.- Familia que elude la responsabilidad para el cuidado de la salud.

4.8 Patrón de Movimiento:

Afirma que el hombre tiene la necesidad “de moverse libremente y sin dificultad (...)” (Kozzier 1993:897) para satisfacerse necesidades básicas con la alimentación y eliminación. Una persona que se mueve voluntariamente tiene autonomía por consiguiente requiere menos de la participación de la enfermera. La actividad física permite conservar la salud y está determinada en gran medida por hábitos y costumbres adquiridos.

- 1.- Capacidad para el ejercicio físico.
- 2.- Limitaciones en la realización de movimientos.
- 3.- Reposo prolongado por causa de enfermedad.
- 4.- Vida sedentaria o exceso de actividad física.

4.9 Patrón de Percepción:

Analiza como el hombre percibe de forma diferente el entorno de acuerdo a su cosmovisión (postura filosófica ante la vida, conocimientos y experiencias); así como las dificultades en la percepción originadas por trastornos neurológicos o por la edad; también explora la autoimagen e identidad personal.

- 1.- Cambios en la apariencia física originados por la edad o enfermedad.
- 2.- Incapacidad para la satisfacción de las propias necesidades.
- 3.- Cambio o pérdida de trabajo e insatisfacción.

4.10 Patrón de Conocimientos:

Incluye la valoración del individuo desde el punto de vista de: información recibida, interés, capacidad de aprendizaje para el autocuidado y alteraciones en los procesos del pensamiento.

- 1.- Información poco clara sobre el cuidado de la salud.
- 2.- Pérdida de memoria y desorientación.
- 3.- Mala interpretación de la información.
- 4.- Bajo nivel educativo.

4.11 Patrón de Sentimientos:

Considera las sensaciones molestas que tiene el individuo como resultado de la enfermedad y que guían sus pensamientos y actividades; también abarca las diversas experiencias relacionadas con el sentir particular de cada persona.

- 1.- Posible pérdida de un ser querido.
- 2.- Ansiedad y temor.
- 3.- Percepción de una muerte próxima.

La muerte siempre ocurre. Es un hecho ineludible, y al tener que enfrentarse con lo cotidiano de la muerte el hombre ha tenido que aprender, a lo largo de su evolución, a plantear este tema desde otros ángulos y perspectivas.

El aprender a afrontar la muerte -en su doble vertiente de experiencia individual o de doliente en presencia de un allegado- es también aprender a asumir, en toda su dimensión, nuestra propia humanidad. La Tanatología comprende muchos campos de acción, desde la atención al enfermo moribundo y a su familia, hasta la elaboración del proceso de duelo por una pérdida significativa.

La enfermera, en su quehacer diario, tiene la misión de proporcionar atención integral al enfermo terminal, por lo cual debe reconocer la importancia de tener claro su actitud y sus sentimientos acerca de la vida y la muerte. Estos pueden influir en las decisiones y acciones en el momento de planificar y administrar la atención de enfermería.

CONCLUSIONES

Es importante dar a conocer al personal de enfermería la necesidad que es la Tanatología como ciencia ya que es una herramienta la cual nos ayudara a brindar una atención de calidad y calidez, teniendo siempre en cuenta las Necesidades de cada paciente y priorizando los cuidados de enfermería.

El desarrollo principal de esta ciencia que es atender de manera conjunta de todas y cada uno de los recursos disponibles para un máximo beneficio y una pronta reincorporación al entorno familiar, laboral y social con pleno conocimiento.

El siguiente trabajo abarco los fundamentos de la Tanatología así como los principales puntos de interés para atender física, psicológica y emocionalmente a un paciente en Estado terminal, así como la identificación oportuna de los factores de riesgo. Y la importancia de la valoración en la atención del equipo multidisciplinario para lograr el objetivo final que es, que el paciente en estado terminal logre la aceptación de su enfermedad, así como el apoyo a él y a su familia y lograr hacer Entender al Paciente y a su Familia que.....

No Pregunten el Por Que para a Mi

Sino el Para Que.....

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Instituto Mexicano de Tanatología ¿Cómo Enfrentar al Muerte?: Tanatología Ed. Trillas México 2006. 13pp.
- 2.- Kübler-Ross Elizabeth Sobre la Muerte y los moribundos Ed. Random House Mondadori, S.L. Barcelona 2004. 345pp.
- 3.- Palencia Avila Martha Calidad de la Atención al Final de la Vida: Manual para el Médico y la Enfermera Ed. Grama S.A México 2006. 104pp.
- 4.- Rodríguez Sánchez Alicia Bertha Proceso Enfermero Ed. Cuéllar Aguirre México 19 - 23pp.
- 5.- Gómez Sancho Jorge A Marcos. Grau Abalo. Dolor y Sufrimiento al Final de la Vida Ed. Aran España 2006 430pp.
- 6.-García Fuentes, Soledad “Que es Tanatología” Ed. Eneo – Unam, México, 2001 1 – 9pp.
- 7.-Reyes Zubiría, Luis Alfonso “Enfermo en fase Terminal y Muerte Ed. Acercamiento Tanatológico al Enfermo Terminal y a su familia Curso Fundamental de Tanatología. México 1996. 127 – 141pp.
- 8.- Reyes Zurita, Luis Alfonso El Proceso de Morir de Elizabeth Kübler-Ross Ed. Acercamientos a la Tanatológicas al enfermo terminal y a su familia Curso Fundamental de Tanatología. Ed. Tomo 3 México 1996 77 – 85pp

A
NEXOS

FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

Folio: _____

Nacionalidad: _____ Ocupación: _____

Designo como testigos, que concurrieron a la celebración del presente acto y verificaron que mi voluntad fue manifestada a:

Datos de los Testigos

Nombre: Nombre:

Domicilio: Domicilio:

Teléfono: Edad: Teléfono: Edad:

Sexo: Estado Civil: Sexo: Estado Civil:

Identificación: Folio: Identificación: Folio: _____

Nacionalidad: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Observaciones

Observaciones:

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, su Reglamento y demás legislación aplicable.

En México, Distrito Federal, siendo las ____ horas, con ____ minutos, del día ____ del mes _____ del año 20____.

ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

REPRESENTANTE

TESTIGO

**FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL
SUSCRIPTOR Y
REPRESENTANTE DEL ENFERMO EN ETAPA
TERMINAL**

FORMATO NÚMERO CEVA/_____/20____

Unidad Médica Hospitalaria

Nombre: _____

Domicilio: _____

Área de atención: _____

Datos del enfermo en etapa terminal

Nombre: _____ No. de

Expediente:

Domicilio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Identificación: _____

Folio: _____

Nacionalidad: _____ Ocupación: _____ Teléfono: _____

Dx.

Terminal: _____

Datos del Suscriptor y Representante

(Cuando el enfermo se encuentre impedido para manifestar su voluntad, sea menor de edad, o incapaz legalmente declarado, según lo establecido en el artículo 7, fracciones III y IV, 19 y 20 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal)

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Identificación: _____

Folio: _____

Nacionalidad: _____ Ocupación: _____

Parentesco: _____

El que actúa en calidad de suscriptor y representante con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que padece por quien suscribo, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en los artículos 3, fracción VI, de la Ley de Voluntad Anticipada

para el Distrito Federal; y artículo 2, fracción III, del Reglamento para la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal por lo que actuando de manera libre de coacción, consciente, seria, inequívoca y reiterada **expreso la decisión de que no sea sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar su vida, protegiendo así en todo momento su dignidad.**

Manifestación para Donación de Órganos

si NO *Con fundamento en el artículo 8, fracción IV, de la Ley de Voluntad Anticipada para

**FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL
SUSCRIPTOR Y
REPRESENTANTE DEL ENFERMO EN ETAPA
TERMINAL**

Nombro como testigos, que concurrieron al acto y verificaron que mi voluntad fue manifestada a:

Datos de los Testigos

Nombre: Nombre:

Domicilio: Domicilio:

Teléfono: Edad: Teléfono: Edad:

Sexo: Estado Civil: Sexo: Estado Civil:

Identificación: Folio: Identificación: Folio: _____

Nacionalidad: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Observaciones.

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, se Reglamento y demás legislación aplicable.

En México, Distrito Federal, siendo las ___ horas, con ___ minutos, del día ___ del mes _____ del año 20___.

USCRIPTOR Y REPRESENTANTE

TESTIGO TESTIGO