



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Con estudios incorporados a la UNAM



“CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ENFERMO TERMINAL “

T E S I S

Para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta: Alpizar Bautista Adriana

Asesor: CD. Díaz Hoffay Juana Laura

México D.F

Noviembre 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

HOJA DE AUTORIZACIÓN

LEO. María Guadalupe Escobedo Acosta

Director Técnico de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud

CD. Juana Laura Díaz Hoffay

Asesor de Tesis

LEO. Ana Laura García Ramírez

Coordinadora del Servicio Social de la Escuela de Enfermería

De la Secretaría de Salud

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mi familia por su apoyo animo y compañía principalmente a mis padres, porque han estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, por sus reproches y consejos por el bien que me enseñaron y de mi siempre cuidar, por ser tan bondadosos, llenos de paz y sabiduría, amando la verdad justicia y rectitud, siempre sin perder la calma o razón enseñándome a luchar, aspirando siempre a lo más alto y a mis sueños no renunciar, con sus deberes porque nunca me fallaron lo cual me inspiran a llegar a lo mas alto y que esta guerra aun continua, porque con ustedes contar siempre puedo. Hoy y siempre mi amor les entrego, porque siempre están ahí, y principalmente por ser modelo en mi vida, y por siempre creer en mí.

Son mi base, son mis cimientos, ya que me enseñaron lo esencial de la vida, a distinguir entre lo bueno y lo malo, a poner en práctica los valores. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Papá, mamá, nombres tan sencillos de pronunciar pero que siempre enaltecen de orgullo mi hablar por la fortuna de ser hija suya y con ayuda mi meta alcanzar. Con todo mi amor, cariño les doy gracias por su apoyo para mi formación profesional.

Dedicado y mi eterna gratitud en esta etapa de mi vida a un hombre que solo ha sabido darme lo mejor de si, su amor, sin dobleces ni egoísmos, con alegría, compañerismo, dulzura, y por sobre todas las cosas estar siempre ahí , con su mano tendida y su corazón abierto. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presenta sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco dos pequeños angelitos que han estado conmigo en mis grandes proyectos que son mi inspiración que con su compañía me hacen crecer y sentirme afortunada de tenerlas conmigo.

Agraciando a mis hermanas por estar siempre conmigo siendo mis compañeras a lo largo de la vida brindándome su cariño y comprensión.

Agradezco a mi tía por ser una amiga que siempre esta a mi lado apoyándome, en cada una de mis etapas enorgulleciéndome que sea mi tía.

Agradezco a la Dra. Díaz Hoffay Juana Laura por haber confiado en mi persona, por la paciencia ante mi inconsistencia y por la dirección de este trabajo, por los consejos, el apoyo y el ánimo que me brindó en este trabajo y, por último pero no menos importante, por sus comentarios en todo el proceso de elaboración de la Tesis y sus atinadas correcciones, gracias eternamente.

ÍNDICE

RESUMEN DE TESIS _____	6
INTRODUCCIÓN _____	8
CAPITULO I CUIDADOS PALITIVOS _____	11
Siete principios de los Cuidados Paliativos _____	12
Proceso de Duelo _____	15
Objetivos de los Cuidados Paliativos _____	17
Derechos de los enfermeros en situación terminal _____	18
Enfermería en Cuidados Paliativos _____	20
Procedentes Históricos _____	23
Pionera de los Cuidados Paliativos _____	25
Clínicas del dolor y Cuidados Paliativos en México _____	28
CAPITULO II BIOETICA EN PACIENTE EN FASE TERMINAL _____	31
Principios de no maleficencia y beneficencia _____	33
Principios de respeto y autonomía _____	33
CAPITULO III MODELO EN LA TOMA DE DECISIONES EN ENFERMERIA _____	42
Modelo Diego Gracia _____	46
Edmundo D Pallegino _____	49
Hanson 1972 _____	49
CAPITULO IV DISEÑO DE INVESTIGACION _____	51
Diseño metodológico _____	58
Análisis de datos cuestionario _____	62
Análisis de datos guía de observación _____	65
Interpretación de datos _____	67
Conclusiones _____	70
Sugerencia _____	72
Bibliografía _____	74
Glosario _____	76
Anexos _____	78
Cronograma de actividades _____	79
Cuestionario _____	82
Guía de observación _____	87
Cuadros y graficas cuestionario _____	90
Cuadros y graficas guía de observación _____	113
Guía de cuidados Paliativos _____	131
Programa de seminario _____	191

RESUMEN DE TESIS

La O.M.S. define los cuidados paliativos, como “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 el paciente y sus familias”. Mediante un cuidado llamados principios de los cuidados paliativos.

Elisabeth Kübler-Ross determina que el duelo se inicia antes del momento de la muerte de la persona enferma, las cuales ciertas etapas del proceso de la muerte se descubre que muchas personas acogen muy bien la oportunidad de hablar abiertamente de su condición y que están enteradas de la proximidad de su muerte aunque no se les haya dicho nada acerca del tema es por ello que propone cinco estados en la aceptación de la muerte: Negación, Ira, Negociación, Depresión, y Aceptación.

Los cuales son cuidados específicos que tiene a su cargo el personal de enfermería como parte de un cuidado integral para el paciente en fase terminal y su familia, teniendo como foco central alcanzar la mejor calidad de vida, además de cumplir la serie de diversas bases legales para su ejercicio y desarrollo establecidas de acuerdo a la Ley General de Salud Art 166 Bis1. Determinando los cuidados de enfermería como indispensables el abordar las necesidades del paciente desde un punto de vista no solo integral sino considerando al paciente único, es decir individualizando el tratamiento para obtener el mayor bienestar y confort, todo esto requiere humanización, empatía, y dedicación, los cuidados de enfermería deben ser realizados a través de una atención donde estén perfectamente intrincadas la labor hospitalaria ya que en este entorno es el profesional de enfermería el que más tiempo permanece cuidando al paciente y a la familia y por lo tanto el que más conoce y puede aportar datos para su mejor control sintomatológico y atención psicológica.

Siendo indispensable la bioética en la enfermería por ser una bioética en la aplicación de principios y conclusiones que le son propios, determinando las pautas de actuación que deben de regir la actuación en la práctica clínica y conocer la tarea de la bioética ante los problemas que se presentan durante la proporción de los cuidados paliativos, por lo tanto el personal de enfermería debe de tomarlos en cuenta mediante los diversos modelos de toma de decisiones para un mejor manejo de las problemáticas que se encuentren ante el cuidado.

El tema de esta tesis surge como una inquietud ante el querer investigar, el por que el personal no proporciona cuidados paliativos en el paciente en fase terminal que labora en los servicios de de Urgencias Adultos, Medicina Interna, Terapia Intensiva, Perinatología, Cirugía General, y Neurocirugía en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, considerando los servicios en donde se encuentra el mayor numero de paciente en fase terminal.

Dicha investigación fue realizada durante la realización del servicio social, al rotar por los servicios ya mencionados, se pudo observar que el personal que labora dentro de los

servicios no proporcionan adecuadamente los cuidados paliativos en el paciente en fase terminal.

Durante la aplicación de las encuestas y guías de observación, se encontró que en cada servicio encontrábamos a uno o varios pacientes en fase terminal, por lo cual al recopilar los datos obtuvimos que el personal de enfermería encuestado no proporcionan los cuidados paliativos de acuerdo por los siguientes factores: el contacto constante con la muerte, el duelo, el desempeño profesional, la formación académica, y la carga de trabajo.

Llegando a la conclusión que el personal de enfermería de acuerdo a la preparación básica, la formación academia y desempeño profesional son inadecuados por lo cual impiden un buen cuidado proporcionado al paciente en fase terminal, hilándose por la falta de conocimientos en los principios de los cuidados paliativos, además de no ser aplicados por la carga de trabajo durante la jornada.

De acuerdo a la actitud de la muerte, genera respuestas emocionales en el personal de enfermería, presentado una actitud negativa ante la muerte por lo cual procede a un proceso de duelo lo cual interviene en una atención inadecuada al paciente en fase terminal.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se determinaron las siguientes sugerencias: implementación de seminario que lleva por nombre "Cuidado Emocional al Enfermo terminal y su familia" en el cual los temas principales son los cuidados paliativos y tanatológica para el personal de enfermería y personal de salud.

Además se realiza una guía de cuidados paliativos, destacando los cuidados holísticos para el paciente en fase terminal, mediante la presentación de evidencia y recomendaciones, agregando diagramas, cuadros y flujo gramas para un manejo practico didáctico entregada en cada uno de los servicios, para el comienzo de un manejo adecuado en los cuidados paliativos.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la enfermería ha adquirido un protagonismo especial en la etapa final de la vida a través de los Cuidados Paliativos, estos últimos procuran una mayor calidad de vida a los enfermos con padecimientos crónicos degenerativos, graves, progresivos e incurables.

Cicely Saunders (1918 - 2005), estableció los principios básicos de los Cuidados Paliativos sobre una perspectiva humanista en los años 60's, con lo que cambió sustancialmente la forma de actuar frente a los cuidados paliativos, y tratar al enfermo en fase terminal, por lo que sus esfuerzos propiciaron el desarrollo del movimiento "Hospice" (corriente mundial que plantea proveer de un cuidado compasivo al paciente agonizante), destinado a conseguir una muerte tranquila, sin tratamientos inciertos y la creación de un clima de confianza, comunicación e intimidad.

Por lo tanto definimos a los cuidados paliativos como, una modalidad de asistencia, integrado en un modelo de atención total, activa e integral que ofrece a los pacientes con enfermedad avanzada terminal, y su familia, una forma legítima del derecho a morir con dignidad, la asistencia en el final de la vida presenta determinadas necesidades y problemas, requiriendo la implementación de conocimientos específicos y la aplicación de recursos apropiados. En el panorama actual los cuidados paliativos implican, el problema del buen morir, la muerte digna, la bioética proporcionado principalmente por el personal de enfermería ya que es una actividad profesional que tiene como sentido la ejecución de un cuidado, tarea con una dimensión social e interdisciplinar y que pretende favorecer la calidad con el enfermo; lo que implica la incorporación de valores morales y requiere un análisis desde una dimensión bioética.

La bioética en la enfermería pasaría por ser una bioética en la aplicación de principios y conclusiones que le son propios, determinando las pautas de actuación que deben de regir la actuación en la práctica clínica y conocer la tarea de la bioética ante los problemas que se presentan durante la proporción de los cuidados paliativos, por lo tanto el personal de enfermería debe encontrar con los fundamentos para determinar sus actuaciones y elaborar sus decisiones, y poseer de un conocimiento metodológico, ya que emiten juicios clínicos cada día, que afectan a la vida de los seres humanos y con influencia en el bienestar de los pacientes, existen conflictos entre lo que es bueno y correcto.

Hoy en día, es cada vez más común considerar que el enfermo terminal debe ser el principal protagonista de sus cuidados, desde este punto de vista, el trabajo profesional de enfermería consta de procurarles a los pacientes una mayor calidad de vida en un marco de respeto hacia su decisión; tal planteamiento requiere de un mayor compromiso personal y sobre todo de una mayor preparación del profesional de enfermería en los terrenos asistenciales y humanos.

Por lo tanto los cuidados paliativos son una fundamental herramienta en la atención de los pacientes en fase terminal, los cuales se pueden ver afectados por distintos factores en el personal de enfermería que impidan ser proporcionados, es por ello que durante la realización del servicio social en un periodo de doce meses en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, se realiza dicha investigación en los servicios de Urgencias Adultos, Medicina Interna, Terapia Intensiva, Perinatología, Cirugía General, Neurocirugía, que lleva por título “Cuidados Paliativos en el Enfermo Terminal”

MARCO TEORICO

CAPITULO I
CUIDADOS
PALIATIVOS

CAPITULO I

CUIDADOS PALIATIVOS

Los Cuidados Paliativos, o también llamados cuidados tipo Hospice como se denominaron en muchos países anglosajones en sus orígenes, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal.

Los Cuidados Paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere

Los Cuidados Paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos.

La Medicina Paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida, incorporando al paciente y a su familia. La palabra paliativa derivada del vocablo pallium, que en latín significa manta o cubierta, que traducido a la práctica médica se entiende como el apoyo de tratamiento médico, psicológico y espiritual que se espera aportar a estos pacientes. Son los cuidados que los profesionales de muchas disciplinas ofrecen a la persona en fase terminal para mejorar la calidad de vida reduciendo el dolor y otros síntomas angustiantes

La O.M.S. define los cuidados paliativos, como “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 el paciente y sus familias”.¹ Mediante un cuidado llamados principios de los cuidados paliativos² que son mencionados:

1. Apoyo Psicológico y comunicación con el paciente y la familia:

a) Comunicación adecuada y fluida.

a. Con el paciente: No engañarlo ni generarle falsas esperanzas, pero sí mitigar sus miedos y propiciar esperanzas concretas.

¹ World Health Organization (1990). Cáncer Pain Relief and Palliative: reportado por expertos de comité de la OMS. 175

² http://www.aceb.org/v_pp.htm

- b. Con la familia: Respetar los mecanismos de negación. Actitud de escucha activa.

2- Cuidados con la higiene:

- a) Aseo Bucal
- b) Baño diario
- c) Limpieza de los ojos
- d) Aseo de genitales
- e) Acicalamiento (vestirse, peinado, rasurado)
- f) Aseo de faneras (uñas)

3- Cuidados con la Piel:

- a) Mantener sábanas limpias y estiradas.
- b) Baño de aseo diario sin soluciones y cada vez que sea necesario
- c) Aplicar cremas corporales haciendo énfasis en las áreas de apoyo.
- d) Detectar tempranamente la aparición de lesiones de úlcera por presión.
- e) Evitar polvos de talco aplicados directamente sobre la piel.
- f) Realizar cambios de posición cada una o dos horas .
- g) Aumentar la hidratación oral.
- h) Colocar cojines en zonas de prominencias óseas.
- i) No dar masajes sobre las zonas enrojecidas

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

5- Alivio del dolor:

- a) Apoyar psicológicamente al paciente y familiares en todo momento.
- b) Administrar medicamento para el alivio del dolor por indicación médica.
- c) Observar reacciones adversas de los medicamentos administrados y control estricto de estas.
- d) Cambios frecuentes de posición que alivien el dolor.

6- Eliminación:

- a) Conectar sondaje vesical intermitente o permanente si necesario.
- b) Observar características de la orina y cuantificar en cada turno.
- c) Observar características de las heces fecales mediante el código de evacuaciones.
- d) Movilizar al paciente si el estado físico lo permite.

7- Confort y Seguridad:

- a) Favorecer ambiente adecuado: Aislar al paciente en casos necesarios, evitar ruidos, respetar horarios de descanso.
- b) Establecer prioridades en el tratamiento del paciente.
- c) Proteger al paciente de lesiones y caídas (barandales, fijaciones, eliminación de obstáculos).
- d) Enseñar al paciente y familia de los cuidados para evitar infecciones sobreañadidas.

Esto exige una evaluación cuidadosa de cada persona enferma, considerando su historia detallada, su examen físico y otras indagaciones, la gente enferma debe tener acceso inmediato a toda la medicación necesaria, afirmando la vida y entendiendo el morir como proceso normal, lo que los seres humanos tenemos en común es la realidad inexorable³ de la muerte.

Estos cuidados tienen como objetivo asegurar a las personas enfermas condiciones que las capaciten y las animen para vivir su vida de una forma útil, productiva y plena hasta el momento de su muerte, la importancia de la rehabilitación, en términos del bienestar físico, psíquico y espiritual, no puede ser descuidada, sin apresurar ni posponer la muerte; no

³ Que no se deja convencer o ablandar con ruegos

acortando la vida, los objetivos de los cuidados paliativos es asegurar la mejor calidad de vida posible y, de ese modo, el proceso de la enfermedad conduce la vida a un extremo natural, ofreciendo un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de su muerte.

El paciente establece los objetivos y las prioridades, y el profesional de la salud debe capacitarlo y atenderlo para alcanzar su objetivo identificado, las prioridades de un paciente pueden cambiar dramáticamente con el tiempo, pero el profesional debe ser consciente de estos cambios y atender a ellos, de igual manera ayudando a la familia a ocuparse de la enfermedad del paciente y del duelo ya que la familia es una unidad de cuidados y, por eso, las dudas y dificultades de sus miembros deben ser identificadas y atendidas.

El duelo se inicia antes del momento de la muerte de la persona enferma, Elisabeth Kübler-Ross determina ciertas etapas del proceso de la muerte ya que descubre que muchas personas acogen muy bien la oportunidad de hablar abiertamente de su condición y que están enteradas de la proximidad de su muerte aunque no se les haya dicho nada acerca del tema es por ello que propone cinco estados en la aceptación de la muerte⁴:

1. Negación

La mayoría de las personas responden con impacto cuando están próximas a morir. Lo primero que piensas es “oh, no, esto no me puede estar sucediendo a mí”, cuando las personas que rodean al paciente también niegan la realidad, éste no tiene con quién hablar y, como resultado, se siente solo y aislado, cuando existe alguna esperanza y se le asegura que él no estará solo no importa lo que ocurra, las personas pueden reducir el impacto y la negación inicial más bien rápidamente.

2. Ira

Después de darse cuenta de que están muriendo, las personas se ponen iracundas. Preguntan: “¿Por qué yo?”. Se vuelven envidiosas con los que están a su alrededor que son jóvenes y sanos. Sienten ira no hacia las personas sino hacia la juventud y la salud que no tienen. Necesitan expresar su rabia para liberarse de ella inminente.

3. Negociación

El próximo paso puede ser: “Si, me está ocurriendo a mí, pero. El pero es una tentativa de negociar el tiempo, las personas pueden rezar “Si tú sólo yo aceptaré mi suerte en la vida”,

⁴ Kubler-Ross, E. (1973) On Death and Dying, Routledge 3

estos pactos representan el conocimiento de que el tiempo es limitado y la vida es finita, cuando las personas dejan escapar el “pero”, son capaces de decir “sí, yo”.

4. Depresión

En esta etapa, las personas necesitan llorar, afligirse por la pérdida de su propia vida, al expresar la profundidad de su angustia, pueden sobrellevar la depresión más rápidamente que si se sintieran presionadas a esconder su dolor.

5. Aceptación

Finalmente, las personas pueden reconocer: “Mi tiempo está muy cercano ahora, y está bien”, no es necesariamente una época feliz, pero la gente que ha trabajado a través de su ansiedad y su cólera con la muerte y ha resuelto sus asuntos incompletos, fallecen con un sentimiento de paz consigo mismos y con el mundo.

No todas las personas en proceso de morir, avanzan hacia el final de la vida de la misma manera o en la misma proporción, diferentes causas de muerte se asocian con diferentes patrones de morir, estos patrones llamados “trayectorias del morir”, indican el camino que transita la experiencia individual al confrontar la muerte.

Las actitudes y comportamientos de las personas encargadas del cuidado del paciente están fuertemente influidas por la percepción que tener el paciente de sí mismo al enfrentar la llamada trayectoria del morir, estas trayectorias también afectan el tipo de respuesta emocional y la manera en que tanto el paciente como su familia responden ante las demandas, así como las intervenciones que serán iniciadas, por esta razones muy importante el comprender la trayectoria que se sigue al confrontar la muerte para anticipar e implementar las intervenciones apropiadas.

El proceso de morir puede ser descrito por su duración y forma, la duración comprende desde el inicio del proceso de morir hasta el desenlace de la muerte, la forma tiene que ver con el curso que toma el proceso de morir

Con frecuencia las muertes asociadas al cáncer tienen procesos largos, muchas veces con dolores y sufrimientos a largo plazo y/o pérdida de control sobre las funciones mentales y corporales, este tipo de muerte prolongada se caracteriza por la demanda física y mental a la que están expuestas las personas que proveen los cuidados, por largos períodos de tiempo.

Las trayectorias inciertas son las más difíciles de confrontar debido a que la ambigüedad de la misma genera ansiedad, tanto al paciente como al familiar lo cual toma el nombre de pena anticipada la cual se refiere al proceso de duelo normal que ocurre en anticipación a la muerte e incluye muchos de los síntomas de pena después de la pérdida.

Esta pena anticipada provee a los familiares y seres queridos de tiempo para absorber gradualmente la realidad de la pérdida, los individuos pueden finalizar “asuntos pendientes” por ejemplo el paciente puede (decir “adiós”, “te amo” o “te perdono”), no se puede asumir que esta pena anticipada va a presentarse meramente porque se ha dado aviso de la presencia de una enfermedad mortal, o porque ha pasado ya mucho tiempo desde que se desarrolló la enfermedad hasta la muerte en sí.

A pesar de que la pena anticipada puede ser terapéutica para los familiares y seres queridos, existe la preocupación de que el paciente experimente “demasiado dolor” creándose un aislamiento y desapego, por lo cual una pérdida no anticipada es tremendamente abrumadora para la capacidad de adaptación del cliente, limitándole muchas veces su capacidad de recuperación, por tanto las personas en duelo no pueden entender todas las implicaciones de la pérdida.

A pesar de que intelectualmente se puede aceptar la muerte, existen serias dificultades en su aceptación psicológica y emocional lo cual la hace aparecer como inexplicable, el mundo parece no estar en orden y como la pérdida en sí, parece no tener sentido, esto requiere tener en cuenta que en el desempeño de un papel la familia está implicada no solamente su ejecución sino la significación y el afecto que tiene para efectuar sus roles como cuidador.

Por lo tanto la ejecución de los principios evidencia que los cuidados paliativos se definen no sólo a partir de un tipo determinado de enfermedad, sino, potencialmente, se aplican a pacientes en fase terminal y familias, basados en una evaluación específica de su diagnóstico y necesidades probables, lo cual tienen como foco central alcanzar la mejor calidad de vida posible para cada paciente y su familia, lo que implica la atención específica en lo referente al control de los síntomas y la adopción de un acercamiento holístico que tome en cuenta las experiencias de la vida de la persona y su situación actual, exigiendo una atención especial en la práctica de una comunicación abierta y sensible con los pacientes, familiares y cuidadores.

Los Cuidados Paliativos como servicio a los pacientes en fase terminal disponen de diversas bases legales para su ejercicio y desarrollo, por lo cual el enfermo terminal goza de las siguientes disposiciones comunes⁵:

El presente título tiene por objeto:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;
- II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;

⁵ Capítulo I Título octavo bis “De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal” Disposiciones Comunes Artículo 166 Bis

- III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;
- IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;
- V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y
- VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

Para los efectos de este Título, se entenderá por⁶:

- I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses
- II. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;
- III. Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;
- IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;
- V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;
- VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;
- VII. Medios ordinarios. Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para él una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener;
- VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y
- IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físicos y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.

Corresponde al Sistema Nacional de Salud garantizar el pleno, libre e informado ejercicio de los derechos que señalan esta Ley y demás ordenamientos aplicables, a los enfermos en situación terminal, refiriendo los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal⁷:

⁶ Artículo 166 Bis 1.

⁷ Capítulo II De los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal Artículo 166 Bis 3.

- I. Recibir atención médica integral;
- II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;
- III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;
- IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;
- V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;
- VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;
- VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;
- VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario
- IX. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular
- X. Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación;
- XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y
- XII. Los demás que las leyes señalen⁸

⁸ Artículo 166 Bis 4. Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento. Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 5. El paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo en la forma y términos previstos en esta Ley.

Artículo 166 Bis 6. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente.

En este caso, el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en situación terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

Artículo 166 Bis 7. El paciente en situación terminal que esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar recibir nuevamente el tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.

Artículo 166 Bis 8. Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título, serán asumidos por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 9. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.

Artículo 166 Bis 10. Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo en los términos de este título.

Artículo 166 Bis 11. En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o

Enfermería en cuidados paliativos

La Enfermería es una de las disciplinas que más rápidamente ha evolucionado en los últimos tiempos, la Enfermería es una ciencia aplicada, es una ciencia y un arte dinámicos, es la poderosa integración de los conocimientos, habilidades técnicas y cuidados humanitarios, lo que define en gran medida la práctica de la Enfermería contemporánea, el enfoque de la prestación de cuidados de enfermería a la población se encuentra en estos momentos en un proceso evolutivo debido, en gran medida, a los cambios sociales, económicos, culturales y políticos que se vienen sucediendo en todas las sociedades durante las últimas décadas.

Esta evolución incide en la Enfermería, al igual que en otros muchos campos de las denominadas ciencias de la salud, como tal cuerpo de conocimientos, la Enfermería, debe esforzarse por adaptarse, dirigiendo su trabajo al desarrollo de la salud y al bienestar de la comunidad y la prestación de cuidados de enfermería en consonancia con la enorme trascendencia que estos cambios puedan conllevar.

Por ello, es fundamental el desarrollo de los Cuidados Paliativo para mejorar la calidad de los cuidados que se imparten, y pretende llenar, un espacio vacío en la formación de Enfermería, en el campo de los Cuidados Paliativos.

El campo de acción de enfermería se extiende a todas las edades, desde el nacimiento hasta la muerte y debe adecuarse constantemente a las necesidades de cada grupo, es por ello que los profesionales de enfermería tienen que estar preparados para asistir, entender, acompañar, proporcionar un cuidado integral y ayudar a cualquier ser humano en los difíciles momentos en los que se convierte en un paciente terminal y todo el proceso que sigue hasta la muerte.

El sufrimiento que este proceso conlleva, no es un síntoma ni un diagnóstico, sino una experiencia humana tremendamente compleja, que siempre necesita de los profesionales de enfermería, no sólo para el control de los síntomas, administrando tratamiento médico, sino también para poder verbalizar las múltiples preocupaciones o miedos que tiene derecho a hablarlas y sacarlas fuera, iniciar ya su mejoría, uno de los mayores problemas de los pacientes es que los que les rodean, no les escuchan ni comparten con ellos sus preocupaciones.

Ya que la enfermera es el miembro del equipo de salud más próximo y en estrecho contacto con el individuo y su núcleo familiar; sobre todo, en fase de enfermedad, debe asumir también los cuidados que precisen en el final de la vida.

persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.
Artículo 166 Bis 12. Todos los documentos a que se refiere este título se registrarán de acuerdo a lo que se establezca en el reglamento y demás disposiciones aplicables

Es imprescindible el abordar las necesidades del paciente desde un punto de vista no solo integral sino considerando al paciente único, es decir individualizando el tratamiento para obtener el mayor bienestar y confort, todo esto requiere humanización, empatía, y dedicación, los cuidados de enfermería deben ser realizados a través de una atención donde estén perfectamente intrincadas la labor hospitalaria ya que en este entorno es el profesional de enfermería el que más tiempo permanece cuidando al paciente y a la familia y por lo tanto el que más conoce y puede aportar datos para su mejor control sintomatológico y atención psicológica⁹.

Cuando los enfermos ya no tienen posibilidad de curación, se les puede y se les debe cuidar, con objeto de procurarles el mayor confort posible y de ayudarles en el trayecto final de sus vidas.

Es ahora cada vez más habitual considerar que el enfermo terminal debe ser el principal protagonista de sus cuidados del personal de enfermería, por lo que nuestro trabajo profesional es y será procurar su mayor calidad de vida con respeto a su voluntad, se intenta controlar no sólo el dolor y otros síntomas molestos, sino también el sufrimiento¹⁰ para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días de su vida y tengan una buena muerte.

Los enfermos terminales requieren por tanto cuidados integrales muy continuos para esa sintomatología cambiante, aplicados en un entorno multidisciplinar, bajo la filosofía de los Cuidados Paliativos, que se basa en una concepción global, activa e integral de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, no solo controlando el dolor y otros síntomas molestos sino también el sufrimiento para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena muerte.

La vida humana es sagrada tiene un valor independientemente de lo que se ha dado por llamar "calidad de vida", lo que significa que cada vida humana tiene el mismo valor y por tanto merece el mismo respeto.

Es indispensable considerar que como humanos: médicos enfermeras y en general el personal de salud tendemos a rehuir cualquier fenómeno que engendre temor, la muerte es uno de los tales fenómenos que comprende una mezcla de miedos, respeto y rechazo ante lo que parece inevitable.

En general tendemos a evitar todo encuentro directo con el mal que representa la muerte de tal modo cuando dejamos llevar por el miedo o rechazo de la muerte,

⁹ Es la capacidad para concentrar la actividad psíquica, es decir, el pensamiento, sobre un determinado objeto. Es un aspecto de la percepción mediante el cual el sujeto se coloca en la situación más adecuada para percibir mejor un determinado estímulo.

¹⁰ Es la sensación motivada por cualquier condición que someta a un sistema nervioso al desgaste. El sufrimiento, como cualquier otra sensación, puede ser consciente o inconsciente. Cuando se manifiesta de forma consciente lo hace en forma de dolor o infelicidad, cuando es inconsciente se traduce en agotamiento o cansancio.

engañamos con frecuencia a nuestros pacientes por cuanto se refiere a su condición real, descuidamos la necesidad que ellos tienen de un crecimiento espiritual, nos privamos de la ocasión de ayuda a otro ser humano para prepararse ante esta situación real.

Es por ello que debemos de esforzarnos por dominar la atención emocional que corre con sufrimiento y la muerte, enfrentamos a los dilemas bióticos morales que se presentan .

En este sentido nuestro valor no debe consistir solamente en ayudar al paciente en fase terminal a superar su temores, su rechazo, su miedo , la depresión que presenta sino que igualmente preocuparnos por que los miembros de nuestro equipo, así como los familiares de nuestro enfermo participe en le acontecimiento de la muerte de una manera positiva .

Desgraciadamente, sobre todo los médicos adoptan una postura de poder limitada en le proceso de curación, pensando que es nuestra única obligación , siendo así que nos movemos en un terreno falso de realismo .

Debemos comprender, por otra parte que ante el fenómeno de la muerte enfrentamos tres posibilidades¹¹.

Mantener la vida es una de las necesidades primordiales del hombre y uno de los deberes de toda enfermera; sin embargo, debemos comprender que aun cuando la vida humana es un gran bien del que dependen muchos otros, no es en suma el bien supremo, en ocasiones la opción por otro bien puede llegar a justificar el sacrificio indirecto de la vida humana, en tales circunstancias uno no escoge la muerte, sino otro tipo de bien, previniendo que la muerte se seguirá como efecto indeseado de esta opción.

La ética cristiana es clara en el sentido de que existe la obligación de proteger la vida y cuidar la salud, pero instinto, no ha cualquier precio, como enfermeras tratamos ha enfermos graves, estamos obligados a brindar al paciente la atención que requiere, no solo desde el punto de vista legal sino también moral. Esta atención siempre estará relacionada con las necesidades del paciente y con el beneficio que se pueda conseguir a través de las medidas de tratamiento indicado en cada caso particular, pero,

¹¹ Entablar una relación personal y sincera con el moribundo pero sin saber que hacer. Entablar la misma relación personal en un plano de franqueza y sinceridad, reconociendo claro la atención psicológica generada tanto en el medico como en las enfermeras y personal de salud que lo acompaña, así como los familiares del enfermo. Esta ultima opción debe de enseñar al personal multidisciplinario a valorar mas profundamente la experiencia de ayuda a un ser humano que sufre y va a morir, sea esto en un contexto explicito de fe cristiana o de simple apertura hacia lo misterioso, pero real, del morir.

además de la utilidad o de la futilidad¹², de la posible aplicabilidad o de sus familiares, en caso de inconsciencia aparentemente irreversible o bien de sus representantes legales.

Actualmente los términos de ordinario y extraordinario van dejándose de utilizar, ya que ha muchos impresionan como imprecisas por que lo que notase fue extraordinario, hoy puede ser ordinario dado el rápido avance de la medicina y según sea el lugar donde se haga la consideración.

Esta distinción fue útil para determinar algunos criterios que señalan si los medio para emplear eran proporcionados en base a: tipo de terapia, grado de dificultad, riesgos, costos, resultados, fuerzas físicas y morales del paciente.

Lo que se debe de proteger es la vida humana, las enfermeras no tiene n la obligación de continuar utilizando medidas extraordinarias para mantener la vida al paciente incurable.

Es cierto que siempre se planteara dificultades para tácticas de índole moral al momento de decidir si hay prescindir o no de los medios artificiales para mantener la “vida” o si conviene retirarlos una vez aplicados, porque, si bien es cierto, que no existe una diferencia moral entre el no utilizarlos o bien, una vez aplicados estos, interrumpirlos, la diferencia emocional por parte de la enfermera y familiares del paciente es una realidad que debe considerarse.

Procedentes Históricos

La Medicina Paliativa surgió en la década de los 60 en el Reino Unido con los trabajos de Cicely Saunders¹³ y el movimiento de “hospices”¹⁴ como respuesta a la falta de evaluación y manejo adecuado de los síntomas físicos y psicosociales de los pacientes en fase terminal, y la falta del adecuado apoyo a las familias, con el paso de los años este movimiento se hizo internacional y se extendió más allá del cáncer a otras enfermedades.

Los Hospices son definidos en muchos países como espacios diseñados para dar el mejor confort, bienestar, soporte emocional y espiritual, tanto para el paciente como a la familia, cuando los enfermos llegan a la fase avanzada de su enfermedad terminal.

¹² Poca o ninguna importancia de una cosa

¹³ Dame Cicely Saunders : fundadora del movimiento mundial para proveer de un cuidado compasivo al moribundo

¹⁴ Movimiento hospices : Los hospices son definidos en muchos países como espacios diseñados para dar el mejor confort, bienestar, soporte emocional y espiritual, tanto para el paciente como a toda la familia, cuando los enfermos llegan a la fase avanzada de su enfermedad terminal. El objetivo de estos lugares es tratar que sus pacientes puedan disponer de los meses o días que les restan con una gran calidad de vida; mantenerlos libres de dolor, consientes y controlar los síntomas que se hacen presentes por la enfermedad en sí. Se busca que el ambiente sea lo más parecido posible a su hogar y que puedan también estar rodeados de sus seres queridos para así continuar con su vida familiar y morir con dignidad.

En los hospices se practican los cuidados paliativos, los cuales no alargan la vida, tampoco la aceleran, simplemente la atención del paciente se realizará con personal especializado, que tratará no sólo de cubrir las necesidades de salud; también se ocuparán de la problemática espiritual y psicológica por la que atraviesan el paciente y su familia, dicha atención tendrá que continuar después del fallecimiento, ya que resulta fundamental para el bienestar de los familiares y amigos, esta es la filosofía que da inicio al moderno movimiento de hospices y cuidados paliativos.

El objetivo de estos lugares es tratar que sus pacientes puedan disponer de los meses o días que les restan con una "calidad de vida"¹⁵; mantenerlos libres de dolor, conscientes y controlar los síntomas que se hacen presentes por la enfermedad en sí, se busca que el ambiente sea lo más parecido posible a su hogar y que puedan también estar rodeados de sus seres queridos para así continuar con su vida familiar y morir con dignidad¹⁶.

Los movimientos de hospice, según Robert Twycross, pueden ser comparados con los hospicios medievales a finales del siglo XIX, por esas fechas el desarrollo de la ciencia médica y los nuevos descubrimientos terapéuticos para poder curar las enfermedades, que hasta entonces eran letales, provocaron en los médicos un cambio profesional; hasta entonces el médico fungía como un gran cuidador, y con estos avances, cambia para asumir un papel autoritario y paternalista, pues los pacientes ya no estaban en "manos de Dios", sino en las suyas.

Al médico se le enseñó a curar, por lo que los enfermos moribundos perdieron importancia médica, ya que no se podía hacer nada por ellos, los médicos anteriores atendían a sus enfermos con el único propósito de aliviar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionarles bienestar, la mayoría de las personas morían en casa. Los vivos estaban familiarizados con los muertos y con la idea de su propia muerte, la muerte era un hecho de vida cotidiano y como tal, era vivido con naturalidad, Saunders explica que sin nos trasladamos unos siglos atrás podemos ver que los primeros hospices aparecieron en el mundo bizantino¹⁷.

En Europa, desde el siglo IV, existieron instituciones cristianas y fue en el periodo de Constantino donde se les da el nombre de hospitales y hospicios, en Roma, Fabiola, una discípula de San Jerónimo, funda el primer hospital en el año 400 con el fin de atender a todos los peregrinos que llegaban a Ostia, puerto de Roma, que recibía gente de África, Asia y el Este. En la Edad Media las personas llegaban a los hospicios por comida y alojamiento.

¹⁵ Calidad de vida : Concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por si

¹⁶ Morir con dignidad : También llamada ortonasia la cual designa la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal.

¹⁷ Imperio bizantino es el término historiográfico utilizado desde el siglo XVIII para referirse al Imperio romano de Oriente en la Edad Media

Ahí los enfermos eran cuidados, pero como la ciencia no estaba tan adelantada muchos morían, y sólo quedaba proporcionarles ayuda espiritual, estos hospicios estaban instalados en rutas transitadas; atendían a viajeros, huérfanos y peregrinos; se enfocaban más en lo caritativo que en lo curativo; no eran lugares enfocados sólo para los moribundos, en el siglo XII ya se utilizaba la palabra hospices para señalar el lugar donde llegaban los peregrinos. San Vicente de Paúl¹⁸, entre 1581 a 1660, crea hospicios en toda Francia destinados a gente de escasos recursos económicos.

En el año de 1842, el término hospice fue utilizado por primera vez para referirse al cuidado de pacientes terminales en Lyon, Francia.

En 1899, en la ciudad de Nueva York, Anne Blunt Storrs funda el Calvary Hospital, en la actualidad esta institución continúa atendiendo a pacientes terminales de cáncer, utilizando los cuidados paliativos.

Una hermana de la caridad Irlandesa abre en Dublín Our Lady's Hospice, en el año de 1879, para 1948 se instalan casas protestantes en Londres, el St. Luke's Home for the Dying Poor es una de ellas, en este lugar Cicely Saunders trabaja durante siete años de voluntaria, existen dos profesionales claves en el surgimiento de esta ciencia: Cicely Saunders y Elizabeth Kübler Ross.¹⁹

Pionera del cuidado paliativo

Cicely Saunders nació el 22 de Junio de 1918, en Barnet al sur de Londres, provenía de familia acomodada donde no era bien visto que estudiara enfermería, por lo que inicia sus estudios en Oxford de Política, Filosofía y Economía. En 1939, con la separación de sus padres y el inicio de la segunda Guerra Mundial estudia enfermería y concluye sus estudios en el año de 1944, en la escuela del St. Thomas's Hospital Nightingale School de Londres²⁰.

Siempre fue una excelente enfermera, pero esta actividad resultaba perjudicial para su salud, ya que presentaba problemas de espalda, los médicos le aconsejaron que realizara en otro tipo de tareas; toma la decisión de ingresar de nueva cuenta a Oxford, esta vez para estudiar trabajo social, en este ramo conoce, en 1947, a David Tasman, un polaco judío que se encontraba en fase terminal con un cáncer avanzado, David contaba en esas fechas con 40 años de edad, se enamoran, él da un sentido más a su vida, ya que se encontraba solo, juntos comenzaron a pensar que hacía falta un sitio diferente a un hospital para atender a

¹⁸ Es una de las figuras más representativas del catolicismo en la Francia del siglo XVII. Fue fundador de la Congregación de la Misión, también llamada de Misioneros Paúles, Lazaristas o Vicentinos (1625) y, junto a Luisa de Marillac, de las Hijas de la Caridad (1633). Fue nombrado Limosnero Real por Luis XIII, función en la cual abogó por mejoras en las condiciones de los campesinos y aldeanos.

¹⁹ Revista digital Universitaria. Volumen 7. Numero 4.

²⁰ Es un importante hospital de Londres, Inglaterra, parte integrante del King's College de Londres, del Nightingale, y del Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust. Provee cuidados de salud gratuitos o caritativos desde el siglo XII, y está ubicado en Lambeth.

pacientes terminales, tratar el dolor; donde fueran cuidados con más amor, ayudados por personal capacitado para atender otras necesidades.

Al morir David, Cicely pone en marcha el proyecto que tenían en mente, continúa su labor de trabajadora social en el Hospital St. Luke's, dedica su tiempo en las lecturas de memorias del centro, recopilando información de dicho lugar, el doctor Barret le propone a Cicely estudiar medicina, por lo que a los 33 años ingresa a St. Thomas's Hospital School. Termina sus estudios en 1957, durante siete años se dedica a la investigación del cuidado a pacientes terminales con la finalidad de hacer algo para solucionar la situación de abandono en la que se encontraban estos enfermos en los grandes hospitales.

En esta época se da cuenta que los pacientes utilizan opiáceos²¹ en promedio cada cuatro horas, comienza a escucharlos y a tomar nota de sus necesidades, este método se fue aplicando en el Hospital St. Luke's, a través de capacitación al personal del cuidado y atención a este tipo de pacientes, de inmediato se ve su eficiencia, por lo que comienza a difundirse rápidamente entre el personal dedicado a la salud

En 1961 nace la fundación St. Christopher's Hospice, pero es hasta el año de 1967, en el mes de julio, cuando se abre el primer hospice en Sydenham, al sur de Londres, con el nombre de St. Christopher.

Posteriormente pone en marcha el "movimiento hospice" que daría lugar a lo que hoy se conoce como "cuidados paliativos" que proporciona: atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multi disciplinario; no con la finalidad de alargar a toda costa la supervivencia del paciente terminal, sino de mejorar su "calidad de vida" y cubrir todas sus necesidades.

Mientras que Elizabeth Kübler Ross²² nació en Suiza, fue profesora de psiquiatría de la Universidad de Chicago, comenzó en Estados Unidos la atención sistemática de los enfermos terminales, propuso modos de aproximación a sus ansiedades, de ahí surgió su primer libro: "Sobre la muerte y los moribundos", publicado en 1969²³, en él describe los cinco estadios psicológicos en los pacientes terminales, durante el proceso que finaliza con la muerte, donde predominan sucesivamente diferentes emociones como: Negación, Aislamiento, Rabia, Negociación, Depresión.

²¹ El término que se refiere a los alcaloides presentes en el opio, un extracto de la exudación lechosa y blanca obtenida de la incisión de la cápsula de la amapola o adormidera. También se ha utilizado tradicionalmente para referirse a los derivados naturales y semi sintéticos de la morfina. Éstas pueden clasificarse más apropiadamente bajo el término opioides. Los principales opiáceos provenientes del opio son la morfina, codeína y tebaína

²² Fue una psiquiatra suizo-estadounidense, una de las mayores expertas mundiales en la muerte, personas moribundas y los cuidados paliativos.

²³ Revista digital Universitaria. Volumen 7. Numero 4.

En 1996 comienzan a surgir nuevos centros con el nombre de movimiento hospice, ya que esta modalidad fue rápidamente imitada en el Reino Unido, para estas fechas logró tener 217 unidades hospitalarias con una capacidad de 3,215 camas, sólo para enfermos terminales, desde 1970 tres hechos fueron importantes para poder determinar los Cuidados Paliativos²⁴:

Para 1997 se contaba con un equipo de 1,500 enfermeras y 160 médicos que atendían a 16,000 en enfermos de cáncer, esta fundación también cuenta con profesorado como médicos oncólogos.

Otra fundación es Marie Curie Cáncer Care, dedicada al soporte social, las enfermeras de Marie Curie atienden al 40% de los enfermos con Cáncer en el Reino Unido: alrededor de 20,000 pacientes y cuentan con 11 hospitales.

En 1987 la Medicina Paliativa²⁵ es reconocida como especialidad, no sólo en el Reino Unido, sino también en Austria, Polonia y Canadá.

Los cuidados paliativos en Canadá, Estados Unidos y España Canadá, se describe el concepto de hospice ligado a la estructura física de una institución, en los setentas Winnipeg y Montreal introdujeron el concepto de Unidades de Cuidados Paliativos dentro de los hospitales para enfermos terminales. Belfaur Mount abre la Unidad del Royal Victoria Hospital en Montreal.

En Estados Unidos. Los Cuidados Paliativos entran en el sistema público de Salud Medicare, la cobertura de Medicare Certificated Hospice ha crecido: en 1984 se contaba con 31 centros, para 1993 aumentó a 1,288, también muchas compañías privadas han surgido y cuentan con características propias de su país España, en los años ochentas se desarrolla la Medicina Paliativa con profesionales que toman conciencia que se puede cuidar de otra forma al paciente terminal, la primera Unidad de Cuidados Paliativos fue promovida en 1982 por Jaime Sanz Ortiz ²⁶ y en 1987 se construyó la Unidad del Hospital de la Santa Creu de Vic en Barcelona.

²⁴ Se desarrolla la visita domiciliaria, El cuidado al paciente en centros de día y Equipos de soporte en los hospitales. ²⁵ Medicina Paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas, en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida". La OMS agrega: "La meta de la Medicina Paliativa es conseguir la mejor calidad de vida de sus pacientes y sus familias, la Medicina Paliativa afirma la vida, y acepta la muerte como un proceso *natural*, no acorta ni alarga la vida, proporciona alivio del dolor y de otros síntomas estresantes, integra los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado, ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, y apoya a la familia durante la enfermedad del paciente y durante el duelo". (OMS, 1990)

²⁶ Jaime Sanz Ortiz ha dedicado los últimos veintidós a los de su vida profesional a la lucha contra el cáncer como jefe del Servicio de Oncología del Hospital Marques de Valdecilla

Clínicas de dolor y cuidados paliativos en México

El fundador de las “Clínicas de Dolor” en la ciudad de México es el Dr. Vicente García Olivera²⁷, quien fue entrenado en Estados Unidos, a su regreso a México, el Dr. García aplica su aprendizaje en la apertura de Clínicas del Dolor y a su vez realiza entrenamiento a nuevos médicos en el ámbito de dolor²⁸.

En el Instituto Nacional de la Nutrición Cd. de México inicia la Clínica del Dolor en 1972, bajo la responsabilidad del Dr. Ramón de Lille Fuentes. El Dr. Vicente García Olivera en el Hospital General de México, entrena al Dr. Ricardo Plancarte Sánchez, quién tomara la responsabilidad en el Instituto Nacional de Cancerología de México, D.F. (INCAN). El Dr. Plancarte capacita al Dr. Jorge Jiménez Tornero, quién inicia esta práctica en Guadalajara, Jalisco, en el Hospital General de Occidente (Zoquepan) junto con la Dra. Dolores Gallardo Rincón. En Jalisco esta modalidad continúa en el Hospital Civil de Guadalajara (Hospital Belén) con el Dr. Oscar Sierra Álvarez.

En 1988. Termina su especialidad la siguiente generación en el Instituto Nacional de Cancerología, México (INCAN). Egresan: el Dr. Gustavo Montejo Rosas, Dr. Guillermo Aréchiga Órnelas y la Dra. Silvia Allende Pérez. 1992. En el Hospital Civil de Guadalajara se instala la primera “Unidad de Cuidados Paliativos” por el Dr. Gustavo Montejo Rosas. El Dr. Guillermo Aréchiga Ornelas en el Hospital General de Occidente. La Dra. Silvia Allende Pérez, en el Instituto Nacional de Cancerología. Otras Clínicas de Dolor y escuelas de más reciente formación en Cd. de México son: el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.

En 1999. En Guadalajara, Jalisco da inicio el Centro Universitario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, bajo la dirección de la Dra. Gloria Domínguez Castillejos. Auspiciado por la Universidad Autónoma de Guadalajara

En 2000. Inicia el proyecto del Instituto PALIA²⁹ con el Dr. Guillermo Aréchiga Órnelas, que pertenece a la Secretaría de Salud Jalisco.

En 2002. En agosto abre sus puertas “Hospice Cristina³⁰”, institución privada primera en su tipo en la República Mexicana, utiliza en todo su contexto el movimiento hospices creado por

²⁷ Fundador de la primera Clínica del Dolor en México, establecida en el Hospital General de México, bajo la dirección del Dr. Francisco Higuera Ballesteros. Aunque la clínica tenía ya 24 años de estar funcionando de manera irregular, fue hasta ese año la asignación definitiva de un espacio físico propio. Este servicio en el transcurso de los años ha sido sometido a una gran cantidad de ampliaciones debido al crecimiento de la demanda de atención.

²⁸ Revista digital Universitaria. Volumen 7. Numero 4.

²⁹ Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos

³⁰ Inicia con la idea de la Sra. Beatriz Montes de Oca de traer a Guadalajara el concepto de Hospice, ya que tuvo la experiencia al visitar a su tía Cristina, quien estaba en etapa terminal con múltiples metástasis de cáncer, y que fue trasladada a un Hospice en Pensilvania. Cristina antes de partir al cielo le propuso a su sobrina Beatriz abrir un Hospice en su ciudad natal. En memoria de su fallecimiento y el haber conocido este concepto más humanitario y de importancia hacia el paciente y la familia, Beatriz

Cicely Saunders; es único en su género, fue fundado por la enfermera Beatriz Montes de Oca Pérez, actual directora, cuenta con un equipo interdisciplinario para “cuidar” los síntomas presentes por la enfermedad, incluye el apoyo de Médicos Algólogos Paliativistas y ayuda Psicológica, Tanatológica y Espiritual, la cual se brinda tanto al paciente como a la familia, ofrece “Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo” en estancia y visita domiciliaria.

2004. En diciembre abre sus puertas Hospice México, asociación hermana del Hospice Cristina, pero con sede en el Distrito Federal, ambas instituciones comparten los mismos principios de atención al enfermo terminal y su familia, hospice México es parte de una empresa privada dedicada a la medicina del dolor y cuidado paliativo, atención a enfermos terminales, oncológicos, y no oncológicos (enfermedades degenerativas, geriátricas y VIH,); con venta, renta, distribución de: material, equipo, químicos y farmacéuticos, cuenta con una Fundación con atención a pacientes de escasos recursos económicos y otra dedicada a la educación e Investigación Médica.

Fue hasta el 2008 que surge nuevos hospices abriendo sus puertas el Hospices San Miguel, Guanajuato mediante los cuales surgieron otros hospices hasta la actualidad que se encuentran en toda la república Mexicana las cuales dedican el cuidado a la salud en el enfermo en estado terminal.

Como ya se menciona el tratamiento paliativo de síntomas ha existido desde la antigüedad, los Cuidados Paliativos multidisciplinarios, estructurados y organizados, tal y como hoy se conciben, comenzaron a expandirse después de 1970, y alcanzaron su madurez y desarrollo en la década de los 90.

En Octubre de 1992, la Clínica del Dolor del HGM fue considerada “Centro Nacional de Capacitación en Clínica y Terapia del Dolor” y mediante el apoyo de la Secretaría de Salud, consolidó la fundación de doce clínicas del dolor en el territorio nacional³¹.

A partir de entonces, se crearon nuevos centros para el alivio del dolor, entre éstos se encuentran a los siguientes:

- a) Hospital General Dr. Rafael Pascasio Gamboa de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en 1993 (Dr. Delfino Méndez Hernández)
- b) Hospital Universitario de Nuevo León en 1993 (Dra. Gloria Alcorta).
- c) Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez del Distrito Federal en 1996 (Dra. Sonia Hernández)

copia en todo su concepto el nuevo movimiento de Hospice, para así proporcionar ayuda en esa etapa de nuestra vida lo mejor posible.

Poco a poco se fueron uniendo fuerzas, para que pudiera abrir sus puertas en Guadalajara el pasado 15 de agosto de 2002 el primer Hospice Cristina tomando el nombre de su querida tía Cristina.

³¹ García-Olivera V. (2002) La clínica del dolor: su origen y evolución. 15-18.

- d) Hospital Regional Dr. Manuel Vega del ISSSTE en el estado de Sinaloa en 1997 (Dr. Salvador Cervín Serrano)
- e) Instituto Paliat de Guadalajara, Jalisco en el 2000 (Dr. Guillermo Aréchiga Órnelas).
- f) Hospital General Dr. Manuel Gea González del Distrito Federal en el 2000 (Dra. Magdalena Salado Ávila)
- g) Hospital General de Culiacán Dr. Bernardo J. Gastellum en el estado de Sinaloa en el 2004 (Dr. José A .Betancourt Sandoval)
- h) Hospital General del Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado de Chiapas en el 2007 (Dr. José A. Córdova Domínguez).
- i) Instituto Nacional de Rehabilitación del Distrito Federal en 2007 (Dra. Guadalupe Zaragoza Lemus).
- j) Entre muchas otras que se han sumado al esfuerzo nacional para proporcionarle alivio al dolor de los mexicanos

Por lo anterior se han descrito diferentes problemas éticos por lo cual a de aplicarse la bioética en el paciente en fase terminal, basándose en una correcta especificación del problema y de sus componentes, reformulando los conflictos en términos de principios formales que el personal de enfermería tenga la necesidad de la reflexión bioética en el contexto del tratamiento del paciente crítico, teniendo perspectivas, alternativas y decisiones que respeten la individualidad y la peculiaridad del paciente en fase terminal .

C A P I T U L O II
BIOÉTICA
EN PACIENTE
EN FASE TERMINAL.

CAPITULO II

BIOÉTICA EN PACIENTE EN FASE TERMINAL.

La Bioética trata de vincular la Ética con la Biomedicina, tratando de humanizar la medicina y defender los derechos del paciente³², a través de esta disciplina se demanda que la valoración estrictamente técnica de los “hechos” científicos sea completamente con la estimación de los “valores” acompañantes públicos e individuales, humanos, autonómicos, sociales o sea, que para el personal de salud será la sustitución de la mentalidad tecnológica de limitarse a optimizar parámetros tecnológicos alterados por otra actitud mas racional.

Deontológicamente la Bioética es fundamental en cuatro principios lo que significa que deben ser respetados cuando no existe conflictos entre ellos:

- Beneficencia
- Autonomía
- Justicia
- No maleficencia.

Cada uno de ellos proporciona pautas para actuar y señalan las obligaciones que todo ser humano tiene con respecto a otros los cuales el personal de enfermería toma en cuenta, también les dan un valor prima facie, es decir que son obligatorios y deben ser respetados, la excepción sucede cuando los principios entran en conflictos entre sí (situación frecuente) y en ese caso se debe seguir el que tenga más peso de acuerdo a las circunstancias, se mencionan:

Beneficencia

Tiene entre sus acepciones la relación activa del bien y la protección de los intereses para el paciente como tal como lo entiende la medicina, la definición del bien como abstracción y la advertencia de prevenir el mal innecesario³³, la ciencia sin conciencia puede ser quizás más

³² Hernández J.2002) .Bioética General: Edit. Manual Moderno.

³³ Aton P. (2001) Enfermería ética y Legislación: Edit. Masson

³⁴ El Beneficio positivo que el médico está obligado a alcanzar es curar la enfermedad y evitar el daño cuando haya esperanza razonable de recuperación. Al médico, en principio, le está vedado hacer daño a no ser que éste sea la vía para llegar a la curación. La Beneficencia entonces supone la obligación de balancear el daño que se va a infringir y los beneficios que se van a considera un paciente en Estadio Terminal

peligrosa que la conciencia sin ciencia, la posesión de las dos, sin duda, hará del médico el profesional ideal, el verdadero médico virtuoso.

El fin moral último del principio de Beneficencia será promocionar los mejores intereses del paciente desde la perspectiva del personal de enfermería, esos intereses no son otros que su vida, su salud y su felicidad³⁴, este estadio se define como la etapa de enfermedad aguda sin posibilidades de recuperación en la que el proceso patológico ha inducido cambios en el organismo que hacen que la muerte sea inevitable a corto o mediano plazo.

Principios de no Maleficencia y de Beneficencia

Estos principios expresan ideas complementarias: el personal de salud no debe hacer daño al paciente principio de no maleficencia y el personal de salud debe beneficiar al paciente principio de beneficencia, la idea de no hacer daño se aplica a no perjudicar intencionalmente al paciente, ni por la exposición a riesgos innecesarios.

La idea de beneficencia implica que se debe actuar beneficiando a otro, a favor de sus intereses, este principio se extiende a:

- 1) Lo médicamente beneficioso (mejoría física del paciente y /o psíquica)
- 2) Lo que el paciente considera beneficiosos,
- 3) Lo que es beneficioso para los seres humanos como seres humanos
- 4) Lo que es beneficioso para los seres humanos como seres espirituales.

Principio de Justicia

Este principio requiere que todo individuo tenga las mismas oportunidades de obtener la atención médica que necesite, sin embargo, hay ciertas situaciones (edad, condición física entre otras) que en muchas oportunidades se utilizan para ofrecer diferencias en el trato, lo importante estaría en identificar que diferencias son ciertas y cuáles no

Principio de autonomía

De acuerdo a este principio siempre se debe respetar a la persona. Esta declaración se relaciona con reconocer que la persona es dueña de sus acciones y decisiones y por lo tanto no se la debe “usar”, este principio debe cumplir con tres requisitos.

- En primer lugar, una acción autónoma no debe ser forzada; la persona decide por sí misma qué hacer.
- En segundo lugar, la idea de autonomía supone que además de ser libre para decidir; también se debe tener opciones reales.

- Por último, toda decisión debe basarse en información relevante. Desde el punto de vista Bioética, la muerte es el fin inevitable de la vida, doloroso, pero normal; que debe ocurrir en su momento, sin ser acelerada, pero tampoco posponerla inútil y cruelmente.

Consideramos que pudiéramos clasificar la problemática de salud de estos pacientes en tres aspectos:

- Problemas curables
- Problemas tratables
- Problemas cuidables

Problemas curables: Son aquellos procesos que se consideran pueden ser resueltos y que están sobreañadidos a la enfermedad de base del paciente terminal, entendiéndose como enfermedades de base a los procesos neoplásicos, enfermedades neurológicas, degenerativas, cirrosis hepáticas, insuficiencia renal crónica, etc. y que por lo general se trata de pacientes inmunológicamente deprimidos por dos razones; la primera por su enfermedad crónica de base, y la segunda porque con frecuencia se trata de pacientes seniles que por esta condición per se son inmunológicamente deprimidos siendo fácil presa de gérmenes oportunistas, que les ocasionan procesos sépticos respiratorios, renales y dermatológicos (úlceras por presión)³⁵.

Cuando decimos que el hombre es persona deseamos expresar su singularidad, además de la dignidad, su dimensión ontológica radica en que todos el es persona y por tanto su dignidad lo acompaña siempre por muy precario que se encuentre su estado de salud y esto debe tenerse en cuenta por el personal médico y paramédico en todo momento.

Dentro de los problemas curables pudiéramos incluir los, desbalances hídricos, tan frecuentes en estos pacientes que generalmente hacen negación a la ingestión de alimentos (sólidos y líquidos), por propia voluntad o porque la afección que lo ha llevado a esta fase terminal les impide la ingestión de alimentos, o porque ya presentan toma de conciencia producto de la evolución de su enfermedad de base, tales problemas deben ser resueltos por el personal de salud dado que son capaces de deteriorar la calidad de vida del enfermo y aumentar su sufrimiento.

Problemas tratables: Consideramos como problemas tratables aquellos enfermedades crónicas no terminales que pueden asociarse con los que deterioran su calidad de vida aún más como; Diabetes Mellitus, las Cardiopatías Isquemias Crónicas, Hipertensión arterial y otras, enfermedades que si no se compensan o estabilizan adecuadamente, pueden ir a dar al traste con la vida del paciente.

³⁵ Se definen como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición.

Problemas cuidables: Aquí se incluyen todos los síntomas que se derivan directamente de la enfermedad de base y que determinan su estadio terminal, estos son:

- Control del dolor
- Alimentación
- Vía aérea permeable

Teniendo en cuenta lo que anteriormente hemos expresado sobre el principio de Beneficencia se traduce como la reanimación del paciente terminal. Orden de no reanimación (RCPIII): Es aquella mediante la cual un facultativo responsable contraindica las maniobras de RCP ante un paro cardiorrespiratorio, será una orden médicamente electiva, pues debe de existir una contraindicación médicamente razonable y éticamente opcional pues puede ser a petición del paciente.

Al existir un RCPIII no supone ni la modificación del tratamiento, ni la negación del ingreso en UCI, lo ideal sería que el RCPIII se emitiera a través del Consentimiento Informado del propio enfermo, pero dadas nuestras condiciones culturales, en nuestro país aun no existe la tendencia de recibir o solicitar un Consentimiento Informado a los pacientes, lo que trae como consecuencia que en no pocas ocasiones el médico se ve presionado por familiares allegados al enfermo a recurrir a maniobras de reanimación que son desproporcionadas e inútiles:

- La calidad de vida es baja antes de las maniobras de reanimación.
- Se espera mala calidad de vida después de las maniobras de resucitación.
- No se espera ningún beneficio médico de la resucitación.

No deberá practicarse Reanimación Cardiopulmonar en enfermos terminales en la etapa final de sus padecimientos, ni en pacientes con deterioro de sus funciones cerebrales que el impidan tener autoconciencia, estado vegetativo persistente o demencia senil avanzada, así como tampoco en aquellos enfermos que hayan manifestado sus voluntades de no ser sometidos a este tratamiento a través de un Consentimiento Informado

La Respuesta de la Medicina Paliativa: preparar al paciente para enfrentar la muerte con dignidad y calidad de vida la atención de los pacientes que atraviesan por una enfermedad terminal requiere del establecimiento en su entorno de cuidados paliativos y calidad de vida, los cuidados paliativos son los cuidados totales, activos y continuados del paciente terminal y su familia por un equipo multidisciplinario de profesionales, cuando la expectativa médica no es la curación.

El abordaje "humano" de la muerte es un asunto de todo el equipo de salud, que deberán realizar de acuerdo con la familia y de acuerdo también con las sucesivas etapas

emocionales de adaptación del paciente, la medicina paliativa es un instrumento que pueden utilizar en estas circunstancias.

Citando el informe de un Comité de Expertos de la OMS³⁶, podemos decir que los objetivos de los cuidados paliativos son:

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

En definitiva, se trata de saber disponer al paciente para una muerte afrontada con dignidad, concentrándose en mejorar su calidad de vida y en aliviar los síntomas en el marco de un equipo multidisciplinario coordinado y capacitado³⁷.

La Bioética ha surgido como un pujante movimiento de aplicación casi universal en las Ciencias sobre todo en las Ciencias Médicas; si valoramos que dentro de la Medicina los Cuidados Paliativos tienen un fundamental papel en la atención al paciente grave, comprenderemos su importante interrelación con el mismo dado los complejos problemas éticos que se suceden, ya que el deber moral lo percibe la razón, evaluando correctamente el juego de la acción.

³⁶ Organización Mundial de la Salud

³⁷ Para esto se necesitaría resolver una serie de puntos que se listan a continuación: Lo primero es saber que se está muriendo. De este modo procurar resolver sus asuntos, tomar en cuenta sus disposiciones, cumplir sus promesas o simplemente despedirse. Es necesario que el enfermo pueda seguir siendo, en cierto modo, agente, y no mero paciente. Por ello debe intervenir en las decisiones que se deban tomar sobre su enfermedad o sobre su persona. El paciente debe recibir verdadera información acerca de las decisiones y procedimientos que le afecten a él y a su bienestar y debe consentirlos antes de que se lleven a cabo. Hay que preservar en la medida de lo posible ciertas actividades y relaciones familiares, sociales y profesionales. Sentirse persona implica ser capaz de relacionarse. Si el enfermo nota que es dejado de lado, que se evitan sus preguntas, que no es tocado al saludarle, etc., sentirá que pierde dignidad, que no se siente persona. Se debe proteger la pérdida de la imagen corporal. Hay que evitar que el enfermo se sienta desfigurado o depauperado. El sentirse persona es a menudo mantenido por consideraciones transcendentales. Al enfermo se le debe facilitar el apoyo espiritual, de acuerdo a la fe que profesa, si lo desea.

Como guías de la acción, que debe especificarse en cada decisión, y fundamentados en una ontología personalista, la bioética realista ha propuesto cuatro principios fundamentales, por lo tanto los principios ayudan a la vida moral y son generalizaciones derivadas de la evaluación de los bienes especificaciones del ideal de la vida buena, por lo tanto hay principios de la ética realista que permiten una primera aproximación al acto correcto de los cuidados paliativos pero no lo solucionan, es decir los principios se especifican en la acción concreta que requieren una adhesión de la voluntad a la propuesta de la razón por lo que se necesita el juego de la virtud y de la prudencia que ayudan a la elección correcta.

La cual son indispensables los 4 principios de la propuesta personalista que son: el valor fundamental de la vida, el principio de totalidad o principio terapéutico, el principio de libertad y de responsabilidad y el principio de socialización y subsidiariedad, dichos principios son mencionados como guías generales de la acción, para formar profesionales consientes capaces de encarar el conjunto de decisiones que debe tomar.

El primero de ellos se refiere al valor fundamental de la vida humana, representado el valor fundamental, se es mencionado ya que aunque la persona no se agota en su cuerpo este es esencial a la misma en cuanto se constituye en el fundamento único por el cual la persona se realiza y entra en el tiempo y el espacio, expresando otros valores como; la libertad, la sociabilidad, y el mismo proyecto de futuro.

Eso supone que la única búsqueda es el del bien total y espiritual de la persona y sus bienes morales, por lo tanto el derecho de la vida procede al derecho de la salud y por lo tanto no puede anteponer el derecho de la salud de una persona respecto al derecho a la vida de otra, y mucho menos preferir el uno al otro dentro de la misma persona.

El segundo principio propuesto es el de libertad y de responsabilidad, como ya se menciona anteriormente el derecho a la vida es derecho a la libertad, esto se justifica en que para ser libre se requiere vivo en cuanto la vida es condición indispensable del ejercicio de la libertad este principio entra en juego en toda una serie de problemas de la ética médica como el derecho a una muerte digna, este principio sanciona el deber moral del paciente en fase terminal.

El tercer principio es el de totalidad o principio terapéutico, es uno de los principios más clásicos de la bioética, se fundamenta en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de la conjugación de partes distintas que están unificadas orgánicamente y jerárquicamente en la existencia única y personal, de esta forma al aplicar el principio terapéutico no se contradice sino que se refuerza el principio de salvaguardar la vida, este principio requiere una serie de condiciones para aplicarse, tratándose de una intervención sobre el enfermo o que es causante directa del mal a fin de salvar el organismo sano; que no se observen otros medios para superar la enfermedad, que haya buena

posibilidad con una probabilidad de éxito y que se obtenga el acuerdo del paciente, dicho principio incluye el bienestar psicomático del paciente principalmente en pacientes en fase terminal.

Finalmente conviene referirse al principio de socialización y subsidiariedad³⁸, por este principio mueve a toda persona singular a realizarse si misma en la participación en la realización de sus semejantes, en el caso de la salud se considera la propia vida y de los demás como un bien que no es solo personal sino también social y se exige a la comunidad y promover el bien común promoviendo el bien en cada uno, surge así una obligación social de garantizar la salud principalmente en los cuidados paliativos en el enfermo terminal.

Por otro lado cuando un paciente se halla en el tramo final de su vida, el objetivo prioritario no será habitualmente la salvaguarda a ultranza de la misma sino la preservación de la calidad de esa vida que todavía queda, la falta de comprensión de lo anterior ha llevado en ocasiones a la obstinación terapéutica, con un gran sufrimiento del paciente y de su familia.

En el paciente en situación de enfermedad avanzada y terminal es francamente maleficiente permitir el sufrimiento del enfermo por el miedo de que se pueda adelantar la muerte al buscar el alivio de su sufrimiento.

El principio de doble efecto puede aplicarse en el caso de la sedación, entendiéndose que el efecto deseado es el alivio del sufrimiento y el efecto indeseado la privación de la conciencia, la muerte no puede considerarse como el efecto indeseado, ya que desgraciadamente el paciente fallecerá inexorablemente a consecuencia de la evolución de su enfermedad y/o sus complicaciones.

Se denomina principio del doble efecto al principio de razonamiento práctico que sirve para determinar la licitud o ilicitud de una acción que produce o puede producir dos efectos, de los cuales uno es bueno y el otro es malo³⁹. El principio recoge algunos de los elementos centrales de la doctrina sobre el acto humano y la responsabilidad moral llamado "directamente voluntario" a aquello que forma parte del plan de acción del agente, esto es, a lo que él se propone alcanzar como fin de la acción y a lo que busca como medio para conseguir ese fin. Por el contrario, es llamado "indirectamente voluntario" a aquellos efectos de la acción voluntaria, que el agente prevé o debe prever, pero que no busca ni como fin ni como medio, sino que solo acepta, permite tolerar en la medida en que se encuentran ligados a lo que directamente quiere.

³⁸Significa que las decisiones de la UE deben tomarse tan próximas al cuidado como sean posibles.

³⁹Se habla de dos efectos por modo de simplificación, pues, desde luego, puede tratarse de uno, dos o más efectos buenos y uno, dos o más efectos malos.

Cuando la acción de doble efecto satisface las exigencias del principio, el agente goza de una causa de justificación, esto quiere decir que esa acción, que en general sería ilícita por causar el efecto malo, deja de serlo en el caso particular, pues se considera que el agente obró razonablemente o con derecho, en otros términos, el efecto malo, que sería imputable al agente por haber sido causado a sabiendas, deja de serle así imputable “consideradas todas las cosas”.

El principio no opera, pues, como una causa de excusa, ya que el efecto malo no es causado involuntariamente, tal efecto es considerado en la deliberación que precede a la elección de la acción, y el agente tiene la posibilidad física de evitarlo, absteniéndose de realizar esa acción, por eso es voluntario, pero no lo es directamente, porque no es considerado como una razón para la acción, es decir, no es el efecto malo la razón por la que el agente hace la elección que hace en este sentido, debe decirse que el efecto malo no es querido o buscado por sí mismo, pero sí es deliberadamente aceptado.

El razonamiento del doble efecto puede operar en dos momentos diversos: antes o después de la acción, cuando opera ex ante, constituye una guía para la deliberación del agente en aquellos casos en que este prevé que la acción que juzga conducente a la consecución de un efecto bueno también producirá o podrá producir un efecto malo. Cuando opera ex post, constituye asimismo un criterio para el juicio sobre la licitud o ilicitud de la acción, pero, a diferencia del caso anterior, en este último el análisis del juzgador tendrá en cuenta no solo los efectos malos previstos, sino también los que el agente debió prever.

La responsabilidad moral del personal de salud recae sobre el proceso de toma de decisiones que se adoptan para aliviar el sufrimiento y no tanto sobre el resultado de su intervención en términos de vida o muerte.

Por ello es de suma importancia tomar en cuenta el principio de precaución y prevención, a su origen y a su proceso de lenta maduración, para explicar cómo hoy al mismo se le atribuyen dos elementos esenciales: una constante que se refiere al hecho de tratarse de una situación de incertidumbre respecto de la existencia de un riesgo de daño grave e irreversible y una exigencia, la de tomar medidas prematuras, proporcionadas y aptas para evitar el daño sospechado, así delineado, como se extiende en el campo de los cuidados paliativos en los enfermos en fase terminal haciendo su encuentro con la responsabilidad en el que todavía son inciertas sus consecuencias.

Para entender la precaución es importante conocer la definición de una institución cercana a la misma como es la prevención, pues, si bien es cierto que se asemejan.

La precaución, “es hija de la prudencia, que se impone a los actores públicos y privados cuando las decisiones entrañan riesgos potenciales o comprobados”⁴⁰, la prevención, a su turno, se presenta en el escenario en el que los daños provienen de riesgos comprobados, es decir, cuando su existencia está demostrada o es conocida empíricamente el punto de que en ocasiones es posible estimar la frecuencia en que se sucede, sobre la realización del daño.

Por tanto el principio de precaución es una directiva de política jurídica para la protección de intereses esenciales el personal de enfermería, que recomienda tomar medidas de conservación capaces de impedir la realización de un riesgo eventual, antes incluso de saber con certeza, con pruebas científicas que sirvan de apoyo que el peligro contra el cual se lucha representa una amenaza real.

Constituye una máxima de prudencia cuando el sendero es borroso, incierto, y cuyo alcance y fundamento jurídico llaman a la reflexión, estas medidas reposarán en la legitimidad sólo si la decisión que las decreta reposa en la evaluación juiciosa y razonable del riesgo, y aporta a éste una respuesta pertinente y proporcionada en este orden de ideas, el primer elemento del principio de precaución es “la incertidumbre respecto del riesgo”, y si bien debe existir una razón que despierte esta sospecha, no es necesario un estudio con resultados ciertos e irrefutables; pues, de ser así, el escenario sería diferente al de la precaución.

De otro lado, y como segundo elemento del principio de precaución, encontramos una “exigencia de tomar medidas”, las cuales deben ser proporcionadas y aptas para evitar el daño; este aspecto es delicado, la proporcionalidad de las medidas es un factor esencial en cuanto se orienta a conservar una situación “favorable” para la actividad “origen del riesgo”; en otras palabras, de lo que se trata es que la empresa o la persona involucrada no se vean gravemente afectada si no es estrictamente necesario. De otro lado, las medidas deben ser aptas, es decir, deben ser capaces de eliminar el riesgo.

Lo cual se es necesario que se encuentre ligado mediante al principio de responsabilidad ya que algunos podrían pensar de forma refleja en el “daño evitable”, es decir, en una acción de precaución, en una actuación ex ante, que procedería frente a aquella situación en la cual existe una amenaza o una sospecha de que un daño pueda ocurrir mientras otra situación más próxima al esquema actual de la responsabilidad es estimar la posibilidad de imputar la responsabilidad de un daño ya causado gracias al principio de precaución, que sería un amplificador de la “culpa” o, más concretamente, de la obligación de prudencia .

Teniendo en cuenta que el principio de precaución protege solamente intereses esenciales, como la vida humana, y la salud, su influencia en la responsabilidad civil resulta ventajosa en la medida en que trata de “anticipar el daño”, sin embargo, como lo decíamos antes, no

⁴⁰ Revista de derecho privado .N° 18 2010. 20-22

se trata de desnaturalizar la función "curativa" de la responsabilidad, la cual continúa siendo un aspecto esencial para el enfermo en fase terminal, sino de ampliar el espectro de su actuación.

La responsabilidad busca esencialmente la "reparación", pero la evolución hacia los campos de la precaución y la prevención se hace cada día más necesaria, cada vez con mayor frecuencia se presentan casos en los cuales es posible actuar antes de que el daño sea una realidad grave e irreparable.

Por lo tanto, hacer una aplicación de estos principios en circunstancias que realmente lo ameriten es un aspecto esencial, es preciso subrayar que no se trata de evitar cualquier daño, sino sólo aquél que amenace intereses esenciales de forma grave e irreversible; esta magnitud del daño y/o del interés que se protege es importante.

Entonces resulta fácil poner en práctica dichos principios durante las intervenciones de los cuidados en el paciente en fase terminal ya que comprende no sólo una forma de actuar, sino que obliga a tomar en cuenta otras circunstancias, como la información científica, las medidas de prevención y el riesgo sospechado, llevándose mediante la toma de decisiones durante su ejecución.

Como ya vimos en el discurso bioético se funden muchas voces no siempre explícitas en la vinculación entre el paciente y el personal de salud, estableciendo principios de formulación, especificación y solución de conflictos con la conciencia individual, y con las normas culturales, la toma de decisiones al comienzo y al final de la vida humana han constituido un campo privilegiado de la reflexión y la práctica de la bioética desde sus orígenes principalmente en las tareas más cotidianas de la atención en salud, por lo cual hare mención de los diferente modelos de toma de decisión que son importantes para el personal de salud.

C A P I T U L O III
MODELOS
DE TOMA DE
DECISIONES
EN ENFERMERÍA

CAPITULO III

MODELOS DE TOMA DE DECISIONES EN ENFERMERÍA

Una de las tareas fundamentales de Enfermería se encuentra en conductas que llevan implícitas una dimensión ética y bioética, las que exigen considerar la libre voluntad en la toma de decisiones. Los profesionales requieren entonces, tomar en cuenta, los diversos dilemas que se presentan durante la atención en pacientes en fase terminal exigiendo de su parte, una específica preparación, conocimiento y compromiso, determinando de esta forma, la adopción que respete la facilidad en la toma de decisiones, por lo cual enfermería en su vital acción de brindar un cuidado integral se permite crecer y actuar en un ambiente libre y autónomo, legitimando y considerando la dignidad de los pacientes, como un elemento estimulador y favorecedor de la capacidad de comprender la información y conducir la toma de decisiones, esperándose así, fundamentar la importancia de humanizar la atención y de centrarla en el paciente en fase terminal, fortaleciendo el camino de una acción profesional que considere el respeto y la dignidad .

Mediante la bioética personalista⁴¹, la cual surge de una demanda que destaca una perspectiva ética y reflexiva, que aspira a una sistematización y propone el análisis de valores y postulados fundamentales que están implícitos en una búsqueda de la ética personal, teniendo como eje central el cuidado en el paciente en fase terminal y de ella emerge la importancia de los derechos fundamentales de los pacientes en fase terminal lo cual se es necesario centrarse en los principios de la bioética personalista, en donde se puede asumir el respeto por las decisiones de los usuarios, significa tomar en cuenta su dignidad, sus derechos fundamentales de persona, el respeto por la vida humana y su autodeterminación.

Puede postularse que tanto la práctica de la ética, como de la bioética exigen conocer cómo aplicarlas e identificar de qué forma actuamos y podemos actuar sobre las cosas y las personas; teniendo siempre presente que el hombre no sólo se mueve en un plano espiritual, sino que cuenta con ciertas corrientes que se manifiestan en su relación con el medio, de acuerdo a lo expresado se puede resaltar que la ética y la bioética, se manifiestan esencialmente en una actitud de respeto y legitimidad hacia el otro, exigiendo una particular reflexión al considerar la autonomía, los aspectos morales, la verdad y la capacidad de perfección del hombre manifestada a través del aprendizaje. La consideración de éstos en su conjunto, llevan a garantizar el crecimiento personal, tomando en cuenta el propio entorno social y favoreciendo la satisfacción de los requerimientos, toma de decisiones, deseos y bienestar, en virtud de la individualidad y libertad en un espacio de humanización.

⁴¹ Bioética y toma de decisiones en Enfermería A. Arratia

La bioética es considerada como una disciplina compleja y con enfoques multidisciplinarios, ya que no tiene un solo enfoque para tomar decisiones sino es un conjunto de varios, los modelos en la toma de decisiones constan de un análisis exhaustivo de la situación, esquemáticamente responde a los siguientes parámetros⁴²:

Análisis

- Criterio profesional: La tradición ha apostado por el buen hacer creativo y honesto de cada profesional. Metodológicamente es el motor que debe poner en marcha el análisis posterior.
- Análisis jurídico y legal: Estamos ante sujetos de derechos y obligaciones, y la necesidad de consensuar patrones de conducta aceptables para la colectividad es una de las nuevas cuestiones en que se centra el debate social.
- Planteamiento científico: Este parámetro se ha trabajado acogiéndonos a algunos aspectos de la filosofía, cuyo objetivo primordial es la crítica al relativismo científico.
- Planteamiento bioético: Las diversas corrientes bioéticas tienen aspectos en los que coinciden, aspectos en los que unos aciertan más que otros, incertidumbres. Ante el disenso en las cuestiones vitales, el mejor modo de resolverlos es el estudio profundo y conjunto. La bioética, como ha sido la rebeldía de la técnica, que no quiere ceder al triunfo de la dispersión y de la información, sino de la sabiduría, es una ética que trata de encontrar el modo de evitar que la vida humana se malogre.
- Experiencia: En el caso de la persona humana tenemos la experiencia universal de que, para expresar nuestras actitudes y situaciones anímicas más profundas, nos faltan herramientas intelectuales,⁴³ la interiorización personal, el saber y el hacer vital, la apropiación de lo otro, es una experiencia de los plurales acontecimientos que nos pasan cotidianamente. Saber respetar en los otros y guardar en uno mismo el rastro del contacto vital con los demás y con el mundo.
- Incidencia religiosa: A través de los siglos un hecho fundamental en la mayoría de las religiones es la consideración prioritaria la alianza del ser humano con un plan divino.
- Recursos económicos: La investigación básica, la salud, el mantenimiento de los débiles son esperanzas, pero la esperanza a nivel económico no parece rentable. Es preciso discernir, con justicia distributiva, la utilización de los recursos económicos.

⁴² La toma de decisiones en los dilemas bióticos. Significado y límites de los aspectos jurídicos y legales. Dra. G. Tomás

⁴³ TOMÁS Y GARRIDO, G. en Bioética y Ciencias de la Salud, Vol.3, n.2 VI-XII, 98, Pág.78

Síntesis

Resumen significativo de los puntos tratados del apartado de análisis, la pedagogía en la bioética, ciencia de encrucijada de las grandes realidades humanas, ha de desarrollarse con un sello: el del compromiso personal con la búsqueda de la verdad, encontrando las claves para tener expresiones nuevas del recóndito mundo natural y humano que tiene tanto de misterio, cada uno de estos aspectos exige una fundamentación, una búsqueda bibliográfica, una ordenación tal estilo establecido para el personal de salud, ya que cada uno se enriquece del saber; nadie sabe todo; todo lo sabemos entre todos. Por lo tanto, resolver los dilemas bioéticos tanto en el ámbito individual como en un trabajo en equipo, es seguir afirmando que por encima de la diversidad profesional y de investigación, por encima de las carencias de cualquier índole se afiance la unidad de lo humano.

Por lo cual surge la necesidad de reflexionar sobre el significado y los límites de los aspectos jurídicos y legales, considerando que el derecho no es sólo un medio para el ejercicio de la autoridad, sino también un medio para hacer explícitos y operativos los derechos y deberes de los pacientes en fase terminal, lo cual tiene una particular importancia, debido a que la relación entre ética y derecho ha sido uno de los problemas más complejos desde los orígenes del pensamiento occidental y, últimamente, se van produciendo situaciones aún más conflictivas, originadas por el vaciamiento de los contenidos éticos en pro del formalismo jurídico, que conduce a unificar y confundir lo legal y lo moral.

Por lo tanto la Bioética ha de hacer comprensible el valor subsidiario que lo jurídico cumple, o debería cumplir, para la protección de la vida humana, por lo que es preciso reconocer que el derecho es un instrumento que reconoce la identidad y que la protege, pero que no la crea ni la destruye, en este sentido no siempre la jurisprudencia aparece acorde con la condición humana de las personas y sus exigencias, a su vez, el derecho debe estar atento a los cambios científicos tratando de controlar sus riesgos potenciales, sin ser un obstáculo a la innovación, sino actuando como elemento de reconciliación y de garantía, sin perder de vista la necesidad de que sus normas estén dotadas de la profesionalidad que requiere.

Por lo tanto la complejidad del conocimiento y diferentes enfoques ante los hechos no eximen de la necesidad, que tanto a nivel individual como social, se tengan que asumir decisiones, estas decisiones a nivel profesional, puede resultar complejas y por esto han surgido diferentes modelos de toma de decisiones ante los problemas de la práctica en los cuidados paliativos, algunos modelos son:

1. El modelo propuesto por Diego Gracia⁴⁴

El planteamiento inicial de Diego García es que la razón no puede darnos la realidad tal y como ella es, desconfiaba de poder de la razón para formular posiciones deontológicas, de carácter absoluto y carente de explicaciones, lo absoluto, piensa Gracia, existe, pero se da en un nivel previo a la razón, concretamente lo llama aprehensión primordial.

Los juicios de la razón serían siempre perfectibles, nunca acabaremos de conocer el “en sí” de las cosas, y por tanto siempre habrá una “inadecuación fundamental” entre ellas y nuestra mente, por esta razón se halla siempre en camino, en actitud de búsqueda y es consecutivamente histórica.⁴⁵

La bioética entonces tendrá un fundamento pre racional, en aprehensión primordial, pero los juicios morales serían obra de la razón, con esto, Diego Gracia no se refiere a la clásica postura racionalista, que plantea que solo con la razón se puede establecer las normas morales. Diego Gracia plantea que la racionalidad humana tiene siempre un carácter abierto y progresivo, con un momento racional, a priori, deontologista o principalista; y otro experimental, a posteriori, teológico o consecuencialista. La razón ética se desarrolla en este nivel,⁴⁶ el primero servirá para establecer las “normas” y el segundo las “excepciones a la norma”, así, con base en lo anterior, Gracia propone el siguiente método de resolución de problemas bióticos:

Paso I. Sistema de referencia: Forma, canon o medida, no tienen contenido. Lo aprendido en este nivel tiene carácter absoluto, no admite excepciones. Es un momento pre racional, pre judicial. Diego García en este nivel nos propone utilizar las siguientes premisas:

- Premisa ontológica: el hombre es persona, y en tanto que tal tiene dignidad y no precio.
- Premisa ética: el hombre tanto que es persona, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

Paso II. Momento deontológico: Nivel de los principios, los que por definición son generales y se derivan del sistema de referencia. En este nivel, Diego García nos propone trabajar con los cuatro principios bióticos mencionados en el capítulo anterior.

El aporte de Gracia, con respecto al principalísimo, consiste en considerar que los principios no son todos de un mismo nivel, es decir, todos nos obligan en igual medida, hay entre ellos un orden jerárquico que se puede establecer previo a la experiencia. A su

⁴⁴ En la actualidad un modelo de referencia universal para la bioética

⁴⁵ Gracia D.(1998) Fundamentación y Enseñanza de la bioética. Santa fe de Bogotá: Edit. El Búho,8

⁴⁶ Gracia D.(1998) Ética de los confines de la vida. Santa fe de Bogotá: Edit. El Búho, 19

juicio, en un primer nivel estarían los principios de no- maleficencia; en segundo nivel, los de autonomía y beneficencia.

El momento deontológico la norma o regla general a seguir se podría expresar como: en caso de principios, privilegie siempre los de primer nivel .

Paso III. Momento teleológico: momento de particularidad, experiencia y a posteriori. Se caracteriza por tener en cuenta las consecuencias del acto o decisión. La regla a seguir en este nivel podría expresarse como: considere o visualice las consecuencias previsibles del acto, tanto las objetivas o de nivel I como las subjetivas o de nivel II .

Paso IV. El juicio moral: el ultimo paso para tomar la decisión final o llegar al juicio moral tiene cuatro sub etapas :

1. Contrastar el acto que se piensa realizar con la regla expresada en el paso II, es decir: en caso de conflicto de principios, privilegie siempre los de primer nivel.
2. Si al evaluar las consecuencias del acto predominan las consecuencias consideradas malas negativas, sobre las consideraciones buenas o positivas, evalúe la posibilidad de hacer una excepción a la regla anterior.
3. Contraste la decisión tomada con el sistema de referencia, si el resultado es que la acción ratifica el sistema de referencia la acción se considera justificada, es decir, correcta buena.
4. Sino hay contradicción con el sistema de referencia, la decisión esta tomada.

El procedimiento de análisis que propone en su versión simplificada ha de constar de dos pasos: uno a priori principios y otro posteriori consecuencias .Los principios, dicen, son siempre universales y las consecuencias concretas, entonces tres pasos en el análisis del conflicto :

Paso I: El deber prima facie:

- La norma moral
- El criterio moral

Paso II La prudencia:

- La excepción a la norma
- El criterio al caso particular

Paso III: La obligación moral

- La toma de decisiones
- El criterio de las consecuencias

Numerosos autores ofrecen procedimientos para el análisis de casos con problemas éticos, la cuales son esenciales en el ámbito de hospitalario, principalmente cuando se proporciona los Cuidados Paliativos ya que la toma de decisiones es mas conflicto por que debe de hacerse de forma inmediata, las propuestas son muy diversas .

En Norteamérica se han desarrollado varios modelos que también se siguen en Europa (junto con otros propios), especialmente a parte del informe de Belmont. Este documento estableció unos principios para dirigir la investigación con seres humanos en biomedicina: autonomía, beneficencia y justicia, simplificando notablemente, se puede decir que a continuación apareció el enfoque principal: intenta resolver los problemas éticos basados en el conocimiento de unos principios éticos universales que guían la actuación del personal de enfermería.

Estos cuatro principio se han difundido ampliamente en Bioética , a pesar de haber recibido numerosas critica, las mas importantes como carente de contenido, por no apoyarse en ninguna teoría ética definida, se ha dicho que los principios usan “ como suspendidos en el éter” y que por tal es un tipo de análisis mas consecuencialista que deontologista, aunque pretenda conjugar posturas.

Un segundo modelo, que en algunos aspectos se contraponen al anterior, es el caustico de Jonsen: analiza los casos individuales con sus circunstancias concretas, sin recurrir a teorías éticas de carácter universal, de es te modo seria mas fácil llegar a un acuerdo e la toma de decisiones al no tener “ ideas preconcebidas”, otro enfoque, sostenido por varios autores subraya una actuación correcta desde el punto de vista ético.

Así como el principalísimo se centra en los actos y se dirige mas a los casos conflictivos, la ética de la virtud propone fijarse en el profesional que actúa, y atender a sus hábitos y actitudes en el quehacer diario.

Existen otros modelos de enfocar como Thomasma, consideraba inapropiado aplicar teorías éticas generales en todos los casos, sin atender los factores que pueden permitir una elección entre los varios principios éticos que se hallen en juego, estos factores, para el, son 2 tipos: los “hechos” los datos clínicos y los “valores del personal de salud, del paciente y de la sociedad).

Lo que pretende este procedimiento es articular coherentemente los hechos y valores en el interior de la relación clínica que se establece entre el profesional de enfermería y el paciente, es procedimiento consta de la siguiente manera :

1. Describir todos los hechos del caso de investigar cada hecho medico no presente en el caso: posiblemente para la solución
2. Describir los valores relevantes del personal de salud, los pacientes, la familia, el personal de enfermería, la propia institución de salud y la sociedad
3. Determinar el principal valor amenazado
4. Determinar los posibles cursos de acción que puedan proteger en este caso concreto el mayor numero posible de valores
5. Elegir un curso de acción
6. Defender este curso de acción a partir de los valores que lo fomentan

2. Edmund D.Pellegrino

Este autor ha elaborado dos modelos distintos. En el primero de ellos contempla diez puntos a considerar en la toma de decisiones:

1. ¿Cuáles son los hechos científicos y técnicos? ¿Qué alternativas de actuación ofrecen?
2. ¿Qué dilemas éticos plantean esas elecciones? ¿Qué principios éticos están en juego?
3. ¿Quién es el paciente y cuales son sus valores?
4. ¿Quién es el medico y cuales son sus valores?
5. ¿Están en conflicto los valores del medico y del paciente?
6. ¿A que nivel ético emergen? ¿En que asunciones pre lógicas se basan?
7. ¿Es el conflicto resoluble de modo que respete la opción moral de todas las partes?
8. Haz una elección moral para este caso, una que sea “buena” para este paciente
9. ¿Implica esa elección un proceso de consentimiento moralmente defendible?
10. Revisa cada paso ¿Eres capaz de defenderlo con criterios racionales?

3. Hansen, 1972

1. Circunstancias que iniciaron el conflicto
2. Nivel de conflicto percibido que se manifestó al comienzo del proceso
3. Nivel de conflicto tolerable
4. Alternativas posibles
5. Estructura de valores en juego
6. Creencias en relación con alternativas de valores

7. Información disponible
8. Elección de principio aplicado
9. Alternativa elegida
10. Magnitud y naturaleza de los procesos consecutivos
11. Consecuencias comporta mentales de la elección (acciones elegidas)

Estos son algunos de los modelos de la toma de decisiones los cuales no se agotan a todas las posibilidades para el análisis en cualquiera de los casos que intervengan para el cuidado paliativo por parte del personal de enfermería, ya que existen diferentes necesidades entre los pacientes en fase terminal, junto a la multiplicidad de factores que influyen la pluralidad y divergencia de los problemas éticos y bioéticos a los cuales se enfrentan los profesionales de la salud, que pueden llegar a dificultar e influir en la toma de decisión en el cuidado de los pacientes en fase terminal, lo que contribuye a provocar conductas confusas e imprecisas, esta ambigüedad ética, debe ser superada en el sentido de encontrar en la ética y en la bioética, el elemento clareado que se convierta en el factor de guía y reflexión para iluminar el actuar profesional, y para que favorezca la "búsqueda rigurosa de cuál debe ser su modo de comportamiento en esa concreta actuación", generándose un desafío para la ética, bioética personalista y otras corrientes en general, para orientar las directrices por las cuales se pueda dirigir el ejercicio profesional, en forma fundamentada, esta argumentación debe hacer posible, la dirección a las múltiples preguntas que surgen en el momento de tomar una propia decisión y de respetar la de el enfermo en fase terminal, por lo cual los profesionales deben estar preparados para realizar un análisis filosófico, de las acciones humanas, cualquiera sea el contexto de su desempeño.

Los profesionales de Enfermería, en conjunto con sus equipos de trabajos, tienen que tomar un papel activo al respecto y proponerse interrogantes que le permitan responder a planteamientos relacionados a su práctica, lo anteriormente señalado, propone un desafío constante a los profesionales, lo que le exige poseer una concepción clara y precisa de los principios éticos y bioéticos que le faculden reconocerse a sí mismo y a los demás como persona, esto significa, respetar la libertad y dignidad de los demás y conducirse de acuerdo a su propia conciencia, la que ha de decidir y dirigir su propia conducta, persona y bioética mantienen una unión imprescindible, y para aplicarla el profesional debe ser vivencial.

La bioética personalista, posibilita un camino que asegura y consolida el respeto por la persona, su dignidad y su libertad, asegurando una atención humanizada, dichos principios, pueden y deben ser transferidos en virtud del ser humano; aumentando instancias de participación, responsabilidad y compromiso, permitiendo de esta forma, un comportamiento conducente al cuidado integral, en un ambiente que tome en cuenta la libre voluntad para decidir; exigiendo para esto, la comprensión de los comportamientos y la concepción del ser humano como persona, los que por su individual naturaleza, tienen implícitos aspectos éticos y bioéticos.

CAPITULO IV

DISEÑO DE

INVESTIGACIÓN

CAPITULO IV

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Justificación

Los cuidados paliativos consisten en la atención activa, global e integral de los enfermos y sus familias que padecen una enfermedad avanzada progresiva e incurable, ya que se presentan síntomas múltiples, intensos y cambiantes, que provocan un pronóstico de vida limitado. Una de las funciones básicas de enfermería en los cuidados paliativos es la preservación de la vida, el alivio del dolor y el restablecimiento de la salud, mejorando la calidad de vida en los pacientes en etapa terminal mitigando la agonía en los procesos finales de la enfermedad de los pacientes.

Durante la realización del servicio social en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, en la rotación de diferentes servicios en un periodo de doce meses, se observa que el personal de enfermería que se encuentra en cada uno de los servicios, no proporcionan cuidados paliativos en los enfermos en fase terminal, relacionándose por diferentes factores como: el contacto constante con la muerte, el duelo, el desempeño profesional, la formación académica y la carga de trabajo, lo que puede impedir una atención personalizada e integral, en las intervenciones en el cuidado de sus necesidades afectadas del enfermo y de la familia, siendo un cuidado muy específico principalmente por el personal de enfermería ya que, es quien se encuentra con mayor contacto con el paciente y a su familia además que el hospital no cuenta con un área específica como una clínica del dolor ó de atención tanatológica, en donde se podría manejar aquellos paciente que se encuentran en fase terminal o control de alguna enfermedad incurable, por lo tanto se considera importante que se proporcione dicho cuidado, es por ello que se realiza dicha investigación en los servicios de Urgencias Adultos, Medicina Interna, Terapia Intensiva, Perinatología, Cirugía General, Neurocirugía, que lleva por título “Cuidados Paliativos en el Enfermo Terminal”.

Planteamiento del problema

Durante la estancia en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza se observa que el profesional de enfermería tiene dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar el paso de transición de la vida a la muerte, esperándose un cuidado con calidad, favorable y de apoyo, ya que es de gran importancia por la forma en como influyen en la relación interpersonal y cuidados paliativos de enfermería con pacientes en fase terminal y familiares, se observa que el personal de enfermería del hospital no proporcionan cuidados paliativos de forma individual e integral, con lo cual no se cumple el objetivo de brindar calidad de vida en la etapa final de la enfermedad, de igual manera es importante resaltar que el Hospital no cuenta con una área tanatológica o clínica del dolor, por lo cual surge la siguiente pregunta:

¿Qué factores intervienen para que el personal de enfermería no proporcione cuidados paliativos en el paciente en fase terminal, en los servicios del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza?

Objetivos

Objetivo general

Conocer los factores que intervienen para que el personal de enfermería no proporcione Cuidados Paliativos en el paciente en fase terminal, con el personal de enfermería en los servicios dentro del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza.

Objetivos específicos

- Realizar una investigación con el personal de enfermería sobre los cuidados paliativos.
- Detectar los principales factores que impiden el cuidado paliativo en el paciente en fase terminal.

Hipótesis

Si el contacto constante con la muerte, el duelo, el desempeño profesional, la formación académica, la carga de trabajo, son factores que provocan que no se proporcionen los cuidados paliativos, entonces no son proporcionados en pacientes en fase terminal en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza.

Variables

- **Variable dependiente** : No se proporciona cuidados paliativos en pacientes en fase terminal
- **Variable independiente**: contacto constante con la muerte, el duelo, el desempeño profesional, la formación académica, la carga de trabajo

Operacionalización de variables

Concepto	Dimensión	Indicador
<p>No se proporcionan Cuidados paliativos en el enfermo en fase terminal</p> <p>No proveer un cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, sin conseguir la mejor calidad de vida posible para el paciente que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses.</p>	<p>No dar atención en los cuidados y tratamientos a la persona con enfermo progresivo e irreversible, con pronóstico fatal agresivo e irreversible, con pronóstico fatal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No proporcionar los principios de los cuidados paliativos <p>1. Apoyo Psicológico y comunicación con el paciente y la familia:</p> <p>a) Comunicación adecuada y fluida.</p> <p>Con el paciente: No engañarlo ni generarle falsas esperanzas, pero sí mitigar sus miedos y propiciar esperanzas concretas.</p> <p>Con la familia: Respetar los mecanismos de negación. Actitud de escucha activa.</p> <p>2- Cuidados con la higiene:</p> <p>a) Aseo Bucal</p> <p>b) Baño diario</p> <p>c) Limpieza de los ojos</p> <p>d) Aseo de genitales</p> <p>e) Acicalamiento (vestirse, peinado,</p>

		<p>rasurado)</p> <p>f) Aseo de faneras (uñas)</p> <p>3- Cuidados con la Piel:</p> <p>a) Mantener sábanas limpias y estiradas.</p> <p>b) Baño de aseo diario sin soluciones y cada vez que sea necesario</p> <p>c) Aplicar cremas corporales haciendo énfasis en las áreas de apoyo.</p> <p>d) Detectar tempranamente la aparición de lesiones de úlcera por presión.</p> <p>e) Evitar polvos de talco aplicados directamente sobre la piel.</p> <p>f) Realizar cambios de posición cada una o dos horas.</p> <p>g) Aumentar la hidratación oral.</p> <p>h) Colocar cojines en zonas de prominencias óseas.</p> <p>i) No dar masajes sobre las zonas enrojecidas</p> <p>4- Alimentación:</p> <p>a) Estimular y controlar la ingestión de los nutrientes necesarios diariamente.</p> <p>b) Enseñar al familiar de cómo presentar los alimentos al paciente.</p> <p>c) Recomendar ingestas en pequeñas cantidades pero de forma frecuente.</p> <p>d) Adiestrar al familiar en la técnica de alimentación del paciente (si necesario).</p> <p>e) Administrar líquidos para evitar deshidratación y</p>
--	--	--

		<p>estreñimiento.</p> <p>f) Estimular en todo momento el acto de la alimentación mediante conversaciones agradables.</p> <p>5- Alivio del dolor:</p> <p>a) Apoyar psicológicamente al paciente y familiares en todo momento.</p> <p>b) Administrar el medicamento indicado para el alivio del dolor.</p> <p>c) Observar reacciones adversas de los medicamentos administrados y control estricto de estas.</p> <p>d) Cambios frecuentes de posición que alivien el dolor.</p> <p>6- Eliminación:</p> <p>a) Conectar sondaje vesical intermitente o permanente si necesario.</p> <p>b) Observar características de la orina y cuantificar en cada turno.</p> <p>c) Observar características de las heces fecales mediante el código de Evacuaciones.</p> <p>d) Movilizar al paciente si el estado físico lo permite.</p> <p>7- Confort y Seguridad:</p> <p>a) Favorecer ambiente adecuado: Aislar al paciente en casos necesarios, evitar ruidos, respetar horarios de descanso.</p> <p>b) Establecer prioridades en el tratamiento del paciente.</p> <p>c) Proteger al paciente de lesiones y caídas (barandales, fijaciones, eliminación de obstáculos).</p> <p>d) Enseñar al</p>
--	--	--

		paciente y familia de los cuidados para evitar infecciones sobreañadidas.
<p>Contacto constante con la muerte</p> <p>Estar presente cotidianamente ante la pérdida de la vida con resultados irreversibles o permanentes de las funciones vitales del organismo, principalmente en los pacientes.</p>	<p>Contacto cotidiano ante el proceso inevitable que determina la extinción de la vida de los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto constante con la muerte
<p>Duelo</p> <p>Proceso por el cual la gente lidia con el lamento y la tragedia, especialmente cuando es diagnosticada con una enfermedad terminal o una pérdida catastrófica.</p>	<p>Proceso de aceptación ante cualquier pérdida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etapas del duelo según Elisabeth Kübler Ross (Negación, Ira, negociación, depresión, aceptación)
<p>Desempeño profesional</p> <p>Es la acción y efecto de desempeñarse, que significa cumplir con una responsabilidad, realizar una acción, como un servicio por el cual se obtiene una satisfacción en el cuidado del paciente en fase terminal</p>	<p>Acción realizada o ejecutada, por un individuo, en respuesta, de lo que se le ha designado como responsabilidad y que se mide mediante una ejecución en el cuidado en el paciente en fase terminal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de enfermería en le paciente en fase terminal • Ejecutar los 7 principios de los cuidados paliativos • Edad sexo
<p>Formación académica</p> <p>Se entiende como todos aquellos estudios y aprendizajes encaminados a la inserción, reinserción y actualización laboral, cuyo objetivo principal es aumentar y adecuar el conocimiento y habilidades de los trabajadores profesionales de enfermería a lo largo de toda la vida.</p>	<p>Adquisición de mayores competencias que le permitan una actualización permanente en enfermería teniendo un crecimiento profesional, para brindar un mejor cuidado paliativo científico y actualizado en el paciente en fase terminal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ultimo grado de estudio • Tiempo de ultima formación académica que recibiste • Categoría de acuerdo a la institución
<p>Carga de trabajo</p> <p>Conjunto de requerimientos mentales y físicos a que se ve sometido un trabajador para la realización de su tarea de acuerdo al tiempo estimado en trabajo que utiliza el cuidados directos y las actividades indirectas</p>	<p>Aumento de actividades aumentando la carga de trabajo con más de 6 pacientes por enfermera durante su jornada laboral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la carga de trabajo con mas de 6 pacientes • Afectación los cuidados directos y actividades indirectas

Diseño metodológico

Tipo de estudio:

- No experimental
- Transversal
- Descriptiva

Universo

- Enfermeras del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza en el cual se investigara si son proporcionados los Cuidados Paliativos en el periodo comprendido de Agosto del 2011 a Junio del 2012.

Muestra

- 73 enfermeras del los servicios de Urgencias Adultos, Medicina Interna, Terapia Intensiva, Perinatología, Cirugía General, Neurocirugía, en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza.

Tipo de muestreo

- No probabilístico por conveniencia
- Por cuota

Formula de muestra conocida

$$n = \frac{Z^2 p q N^2}{N E^2 + Z^2 p q}$$

Donde:

- **n**=Tamaño de muestra
- **z**= Nivel de confianza
- **p** = Variable positiva
- **q** = Variable negativa
- **N**= Tamaño población
- **E**= Presión de error

Intervalo de confianza

- (I.C) 95%
- (VP) 0.05%

Criterios

- **Criterios de inclusión** : Enfermeras que se encuentren en el momento de la aplicación de las encuestas y quieran contestar en los servicios asignados.
- **Criterio de no exclusión**: Personal de enfermería que nieguen a participar y a contestar el cuestionario
- **Criterio de exclusión**: Enfermeras que no se encuentren en los servicios asignados, por distintas causas.
- **Criterios de eliminación** : Se eliminaran todos aquellos cuestionarios que no sean completamente contestados

Modo de recolección de datos

El modo de recolección de datos se realizara en dos partes mediante la utilización de cuestionario, y la guía de observación directa que se aplicara al personal de enfermería.

Se aplicara el cuestionario en los servicios de Urgencias Adultos , Medicina Interna, Terapia Intensiva, Perinatología, Cirugía General, Neurocirugía, en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, formado por 18 preguntas de acuerdo con las variables formuladas de la siguiente manera 7 preguntas estas ligadas a nuestra variable dependiente 11 preguntas de acuerdo a la variable independiente, además de obtener datos demográficos del grupo a quienes se les aplicaran los cuestionarios.

Mientras en practica operacional se empleara la técnica de observación mediante la guía de observación formada por 15 preguntas relacionadas y codificadas con las respuestas si y no.

Procedimiento

Dicha investigación será realizada en un periodo comprendido de Agosto del 2011 a Julio del 2012 en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza

Se identifica al personal de enfermería de los servicios de de Urgencias Adultos , Medicina Interna, Terapia Intensiva, Perinatología, Cirugía General, Neurocirugía, se presenta el personal encuestador, planteándole el objetivo y solicitándole que conteste el cuestionario, dando un el tiempo necesario para su correcta contestación, al finalizar se le explicara que los resultados obtenidos de esta investigación ayudaran para el crecimiento profesional en el personal de enfermería .

Se realizara esta aplicación de test durante una semana en un horario de 2 horas de 7:00 a 8:00 hrs y de 14:00 a 15:00 hrs, tratando de cubrir el personal de enfermería que se encuentren en los servicios asignados.

Condiciones éticas

Los aspectos éticos de un proyecto de investigación están inmersos desde su concepción y formulación de la pregunta, hasta la publicación y difusión de los resultados y deja su huella presente en la práctica, cuando se aplica el conocimiento en el día a día.

Durante el periodo de investigación dentro del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” se tendrán presentes los principios éticos dentro de una investigación que son:

- **Confiabilidad** ya que la investigación realizará su función prevista sin incidentes por un período de tiempo especificado y bajo condiciones indicadas.
- **Validez** ya que el instrumento realmente medirá las variables que pretende medir.
- **Confidencialidad** ya que será información obtenida con fines de investigación de variables determinadas.
- **Responsabilidad** ya que cuando se asume con responsabilidad el papel de investigador, se asumen compromisos consigo mismo, con los pacientes, con los sujetos de investigación, con la comunidad académica, con la sociedad. Asumir el papel de investigador es ya una posición privilegiada, que nos permite transmitir el amor por la ciencia y el respeto por la dignidad humana. Los investigadores somos los responsables de transmitir a nuestro equipo la importancia y el valor ético de lo que hacen.

Recursos

- **Recursos humanos:**
- Personal de. Enfermería del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”
- Investigadora : Adriana Alpizar Bautista
- Asesora: CD. Juana Laura Días Hoffay
- Servicios de Urgencias Adultos, Medicina Interna, Terapia Intensiva, Perinatología, Cirugía General, Neurocirugía, en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”
- **Recursos materiales:** Hojas, cuestionarios y guías de observación impresas, lápices, impresiones.
- **Recursos financieros:** Monto aproximado absorbido por el investigador de \$2500 pesos.(Dos mil quinientos pesos 00/100 m.n)

Tabulación de datos

Para recoger los datos se aplicó el cuestionario como instrumento de preguntas en el personal de enfermería, la guía de observación en las cuales; hay algunas preguntas que se codificarán con categorías y subcategorías como son:

- Categoría institucional: 7 categorías
- Grado de estudio: 4 categorías
- Tipo de estudio de actualización: 5 categorías

Las preguntas 5,6, y 7 que tienen una escala Likert se codificarán del 4 al 1 en donde:

- Siempre 4
- Frecuentemente 3
- Algunas veces 2
- Nunca 1

Mientras las preguntas 2,4,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18, en las que encontráramos 4 incisos se incluirán de la siguiente manera su codificación;

- Inciso a) 5
- Inciso b) 4
- Inciso c) 3
- Inciso d) 2
- Inciso e) 1

Los cuales serán tabulados con ayuda del programa de Excel Vista 07 en donde se representará a través de distribuciones porcentuales, en donde los cuadros muestran los resultados, tomando en cuenta cada pregunta, su frecuencia observada y su porcentaje respectivo, representados por gráficas de pastel .

Análisis de datos cuestionario

De acuerdo a los resultados obtuvimos que el 22% del personal de enfermería corresponde al servicio de Urgencias Adultos, 14% a Neurocirugía, 14% a Trauma y Ortopedia, 14% Medicina Interna, 12% a Cirugía General, 12% a Perinatología y 12% al servicio de UCI.

En cuanto a los rangos de edad son: 28% se encuentra en la edad de 33- 40 años, 26% de 26 a 32 años, 20% de 41 a 47 años y el 14% de 48 a 55 años de edad.

En la mayoría los resultados encontramos que 88% corresponde al sexo masculino y el 12% al sexo femenino.

De acuerdo a los resultados obtuvimos que el 48% corresponde a la categoría institucional de Auxiliar de enfermería, 38% Enfermera General, 6% Enfermera Jefe de Servicio 4% a Enfermeras Especialistas y 4% a Suplencias.

En cuanto a los resultados obtuvimos como grado de estudio corresponde al 56% Enfermera General o Técnica, 24% Auxiliar de Enfermería, 12% Enfermero Especialista, 8% Licenciado en Enfermería.

Referente a los resultados encontramos los periodos de actualización del personal de enfermería corresponden a 42% menos de 6 meses, 34% mas de un año, 20% mas de 6 meses y 4% nunca.

La mayoría de los resultados encontramos que el tipo actualización académica que recibió el personal de enfermería corresponde a 76% en curso monográfico, 20% en pos técnico, 4% en diplomado y 0% en especialidad y maestría.

En cuanto a los resultados encontramos que el numero de pacientes atendidos durante la jornada corresponden en un 38% de 1 a 6 pacientes, 36% de 6 a 10 pacientes, 16% de 10 a 15 pacientes, y 10% mas de 15 pacientes.

De acuerdo a los resultados se considera que el número de pacientes afecta en los cuidados proporcionados durante su jornada en un 58% siempre, 20% frecuentemente, 20% algunas veces y 2% nunca.

La mayoría de los resultados se considera que el personal de enfermería se encuentra en contacto con la muerte en un 36% siempre, 34% algunas veces 28% frecuentemente, 2% nunca.

Referente a los resultados encontramos que en el personal de enfermería surgen sentimientos de miedo en un 38% siempre, 32% algunas veces 20% nunca 10% frecuentemente.

De acuerdo a los resultados encontramos en el personal de enfermería los sentimientos que surgen son en un 40% la aceptación, depresión, ira, y la negociación en un 30% surge solo la aceptación, 12% la depresión, 12% la ira, 4% la negociación y en un 2% la negación.

En cuanto a los resultados obtuvimos que en el personal de enfermería relacione el concepto de la siguiente manera 38% en medicina paliativa, 36% en cuidado tanatológico, 20% en cuidado paliativo, 6% en cuidados generales de enfermería.

De acuerdo a los resultados obtuvimos que el personal de enfermería proporciona apoyo psicológico en el paciente terminal de la siguiente manera 60% Platicando con el paciente ayudándolo a comprender su enfermedad, 24% Proporcionando apoyo espiritual, 12% Mitigando sus miedos y propiciando esperanzas concretas, 4% No engañándolo ni dándole falsas esperanzas.

Referente a los resultados obtuvimos que el personal de enfermería proporciona apoyo psicológico al familiar del paciente de la siguiente manera 78% Platicando con el familiar ayudándolo a comprender el estado terminal de su paciente, 12%, 8% Respetando los mecanismos de negación 2% Teniendo una comunicación clara y efectiva

La mayoría de los resultados obtuvimos que el personal de enfermería proporciona cuidados de higiene en el paciente en fase terminal de la siguiente manera 80% con baño diario y cambio de ropa total, 10% proporcionando el aseo bucal, rasurándolo, realizando lavado de manos y pediluvio ,vestirlo y peinarlo, 4% proporcionando aseo de genitales, cambio de ropa total, 6% realizando baño parcial, cada vez que el paciente lo desea.

De acuerdo a los resultados obtuvimos que el personal de enfermería proporciona cuidados de alimentación en el paciente en fase terminal de la siguiente manera 58% Ayudándole al paciente, acercándole la charola de sus alimentos estimulándolo a que se alimente, 20% Realizando la técnica adecuada de alimentación que requiere, 14% Estimulando la ingesta de nutrientes, 8% mediante la administración de líquidos.

Referente a los resultados obtuvimos que en el personal de enfermería vigila los aspectos importantes en la ministración de medicamentos para el dolor de la siguiente manera 38% Si se observa que el paciente se encuentra con dolor ministrar codeína y morfina, 28% Observar reacciones secundarias, 20% ministra medicamentos de acuerdo a indicaciones medicas, 14% observa alteraciones de oxigenación.

La mayoría de los resultados obtuvimos que el personal de enfermería proporciona cuidados de eliminación en el paciente en fase terminal de la siguiente manera 54% proporcionando cuidados de sondaje vesical observando características de orina, realizando una cuantificación, así como la fecha instalación de sonda y de bolsa recolectora 20% realiza control de líquidos y movilización del paciente 20% Limita la ingesta de líquidos y alimentos, disminuyendo con esto los hábitos de eliminación y

evitando que el paciente sufra de alguna lesión por exposición a la humedad, 6% Realiza la observación de heces mediante el código de evacuaciones.

En cuanto a los resultados obtuvimos que el personal de enfermería proporciona cuidados de confort y seguridad en el paciente en fase terminal de la siguiente manera 50% Verificando barandales de la cama arriba, así como colocándole un cobija que el paciente quiera cuidando su temperatura, 26% Proporcionando protección del paciente de lesiones o caídas, 22% Favorece un ambiente adecuado estableciendo prioridades en el tratamiento del paciente, 2% Evita infecciones, procurando su bienestar.

De acuerdo a los resultados obtuvimos que el personal de enfermería menciona la ejecución adecuada de los 7 principios de los cuidados paliativos de la siguiente manera 94% menciona que si lo realiza y 6% que no lo realiza .

La mayoría de los resultados obtuvimos que el personal de enfermería menciona que realiza los siguientes cuidados 44% realiza cuidados generales de enfermería , 30% tres principios de los cuidados paliativos proporcionando alivio del dolor y otros síntomas, afirmando la vida y considerando la muerte como un proceso normal, no intentando ni acelerando ni retrasando la muerte, integrando los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente, ofreciendo un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, ofreciendo un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo, mejorando la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad, 18% realiza los 7 principios de los cuidados paliativos y 8% 2 principios de cuidados paliativos manejando el dolor, optimizando la autonomía del paciente y familia, trabajando con el equipo multidisciplinario, comprendiendo el diagnostico y el tratamiento mediante un ambiente confortable, así como apoyando en el proceso de duelo asistiendo al paciente en el proceso de duelo.

Análisis de datos guía de observación

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería al 66% si afecta el número de pacientes asignados durante su jornada mientras al 34 % no le afecta.

En cuanto a los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería al 60% si se encuentra en contacto constante con la muerte y 40% no en contacto constante con la muerte.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería al 56% si le surgen sentimientos de miedo ante la muerte de uno de sus pacientes y 44% no le surgen sentimientos de miedo ante la muerte de uno de sus pacientes.

La mayoría de los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería surgen los siguientes miedos 30% Negación, 20% Negación, aceptación, depresión y negación, 20% Aceptación, 18% Depresión y 2% Negación.

En cuanto a los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería el 28% si sabe el concepto de cuidados paliativos y el 72 % no lo sabe

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería el 60 % no proporciona apoyo psicológico en el paciente en fase terminal y el 40% si proporciona apoyo psicológico en el paciente en fase terminal.

La mayoría de los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería el 56 % no proporciona apoyo psicológico en el familiar del paciente en fase terminal y el 44% si proporciona apoyo psicológico en el familiar del paciente en fase terminal.

En cuanto a los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería el 58 % si proporciona cuidados de higiene en el paciente en fase terminal y el 42% no proporciona cuidados de higiene en el paciente en fase terminal.

Referente a los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería el 62 % no proporciona cuidados de alimentación en el paciente en fase terminal y el 38% si proporciona cuidados de alimentación en el paciente en fase terminal.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería el 62% no vigila aspectos importantes en la ministracion de medicamentos para el dolor y el 38% si vigila aspectos importantes en la ministracion de medicamentos para el dolo.

Referente a los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería el 80 % si proporciona cuidados de eliminación en el paciente en fase terminal y el 20% no proporciona cuidados de eliminación en el paciente en fase terminal.

La mayoría de los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería el 56 % no proporciona cuidados de confort y seguridad en el paciente en fase terminal y el 44% si proporciona cuidados de confort y seguridad en el paciente en fase terminal.

En cuanto a los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería el 90 % no ejecuta adecuadamente de los 7 principios de los cuidados paliativos y el 10% si ejecuta adecuadamente de los 7 principios de los cuidados paliativos.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que en el personal de enfermería el 92 % no realiza todos los principios y el 8% si realiza todos los principios.

INTERPRETACIÓN DE DATOS

INTERPRETACIÓN DE DATOS

De acuerdo a los datos obtenidos encontramos que el servicio de Urgencias es el área donde se encuentra el mayor número de personal de enfermería encuestado.

Por lo tanto se considera por ser el servicio con mayor número de enfermeras, como el principal grupo de enfermeras quienes tendría que recibir una actualización en el cuidado al paciente en fase terminal, además por ser una área en donde existe mayor número de pacientes que se encuentran en una etapa terminal; siguiendo los servicios en donde se realizó la investigación.

Vinculando nuestros factores asociados como la categoría institucional que declina más a las Enfermeras Auxiliares, independientemente del grado de estudio, ya que existen un porcentaje bajo del personal que se encuentra con un grado de estudio alto y con la categoría ya mencionada, a quienes se relacionan sus conocimientos en proporcionar algunos de los principios no conformando todos los aspectos considerados para un cuidado integral en el enfermo en fase terminal, por lo tanto esto nos demuestra que su formación académica se encuentra deficiente ya que el desempeño profesional depende de los conocimientos adquiridos para diagnosticar y ejecutar un cuidado integral de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

Dicha formación se relaciona en cuanto a tiempos de actualización académica la cual se considera como eficiente con cursos monográficos, pero insuficiente en el tema relacionándose con su duración con periodos muy cortos, dichos datos nos descifran que la formación académica es un elemento principal para proporcionar un cuidado paliativo, ya que los conocimientos y aprendizajes de acuerdo a la actualización específica del tema tendría que ser recibida en un mayor tiempo, y así proporcionar cuidados holísticos requeridos para una mejor calidad de vida en un enfermo en fase terminal.

Llegándose como un factor más de acuerdo a las variables, la carga de trabajo durante su jornada es excesiva ya que encontramos que la mayoría brinda cuidados de uno hasta diez pacientes, lo cual en algunos servicios se considera como carga de trabajo ya que encontramos que tienen a su cargo enfermos en fase terminal, por lo cual podemos vincular que los resultados afectan los cuidados específicos que se deben proporcionar, ya que existe un aumento de actividades, por lo tanto se concluye que al no proporcionar cuidados paliativos el tiempo que se brinda al paciente en fase terminal se acortan paulatinamente.

Se observó que el personal de enfermería se encuentra en constante contacto con la muerte, en donde a la mayoría del personal le surgen sentimientos de miedo que son reflejados en las cinco etapas del duelo, la cual se observa que los datos arrojados en el cuestionario, es importante mencionar que nos descifran datos distintos a lo observado ya que niegan o no identifican dichos sentimientos, por lo tanto el personal de enfermería no confronta adecuadamente dicho proceso, resultado un factor importante en no permitir proporcionar adecuadamente los cuidados paliativos por dichos sentimientos y

situaciones que representa ante la pérdida de unos de sus pacientes que se encuentre o no en etapa terminal, lo cual nos permite establecer como iniciativa transmitir información en el manejo de dichos sentimientos que surgen durante la pérdida, para un buen manejo de los sentimientos por parte del personal así como lograr una atención de calidad en la persona en fase terminal.

De acuerdo a los siete principios de los cuidados paliativos, se realizaron preguntas de cada uno de ellos, lo que arrojó que el personal de enfermería no proporciona apoyo psicológico en el paciente ni al familiar, así como el inadecuado cuidado de higiene, de alimentación, de vigilancia en la ministración de medicamentos para el dolor, de confort y seguridad, mencionando como único principio aplicado adecuadamente, el de eliminación a lo cual se puede relacionar con el compromiso que tiene el personal con los indicadores de calidad que son evaluados periódicamente, en donde se encuentran involucradas para dicha evaluación, por lo tanto dichos factores como la muerte el duelo, el desempeño profesional, la formación académica y la carga de trabajo son factores determinantes para que el personal de enfermería no proporcione una adecuada atención, ni los cuidados y tratamientos a la persona con enfermedad o condición diagnosticada como carácter progresivo e irreversible con pronóstico fatal, por lo cual dichos resultados arrojados en nuestra investigación nos confirman nuestra hipótesis propuesta inicialmente.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El cuidado paliativo es el cuidado activo y total de los pacientes en fase terminal y sus familias principalmente por parte del personal de enfermería cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta.

Por lo observado se considera que el personal de enfermería encuestado, en su preparación básica en cuanto a los cuidados paliativos es inadecuada para proporcionar cuidados al paciente terminal ya que de acuerdo a la formación académica y desempeño profesional cabe concluir que se encuentra muy ligada a que el personal de enfermería no aplique adecuados cuidados paliativos, a pesar de ser un factor muy significativo para la actitud ante la muerte que poseen el personal de enfermería.

Cabe destacar que no poseen los principios de los cuidados al paciente en fase terminal, lo cual se asocia a una percepción de preparación pobre en el tema, hilándose con la carga de trabajo que consideran durante su jornada lo cual impide dicha ejecución en sus cuidados.

De acuerdo a la actitud ante la muerte, se puede concluir que los factores que influyen en el profesional de enfermería provocan que tenga una actitud negativa por los factores de contacto constante con la muerte y el proceso del duelo.

Lo cual refiere que la muerte genera respuestas emocionales muy frecuentes como el miedo y depresión, especialmente cuando el ser humano se encuentra más cercano a ella, dichos sentimientos predominan en el personal de enfermería ya sea con experiencia profesional baja o alta, presentando una actitud negativa ante la muerte.

Cabe señalar que los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos, se afirma que el personal de enfermería que ha de enfrentarse frecuentemente con la muerte, padece en mayor o menor grado, el proceso del duelo que puede traducirse en una atención inadecuada.

Dando como resultado nuestra hipótesis acertada lo que demuestran la necesidad de generar enfoques en la disciplina de enfermería de mayor acercamiento humanista hacia los cuidados paliativos, mediante estrategias docentes y asistenciales.

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS

Acerca del tema sobre los cuidados paliativos en el paciente en fase terminal, en la actualidad se puede encontrar un sin fin de literatura, así como de las ejecuciones adecuadas, pero acerca de la temática cuidados paliativos, específicamente enfocada al profesional de enfermería, son nulas ya que las investigaciones son limitadas, por tal motivo una de las sugerencias es motivar al colectivo de Enfermería a realizar nuevas investigaciones respecto de este tema, con nuevos enfoques y matices dirigidos a la atención holística al paciente.

En el área práctica clínica no se conocen estudios recientes acerca del tema en cuestión, lo que motivó al investigador a realizar este estudio, además, al conocer la actitud del profesional de enfermería ante la proporción de cuidados paliativos, se puede lograr una instancia de refuerzo o preparación para afrontar situaciones tan difíciles como el cuidado paliativo en el Hospital Regional "Genera Ignacio Zaragoza", sugiriendo la implementación de un seminario, que lleva por título: "Cuidado emocional al enfermo terminal y su familia" en el cual se pretende introducir al personal de enfermería en los fundamentos teóricos de la Tanatología y su campo de acción, ubicando el ciclo de la vida-muerte y sus implicaciones en los procesos biológicos, psicológicos y sociales que presenta el paciente en fase terminal y/o el moribundo, así como los familiares del mismo, dicho seminario se pretende ser impartido principalmente para el personal de enfermería y para el equipo de salud en general, de esta forma, en un tiempo de una semana con un horario de 6 hrs en el cual el profesional de enfermería estaría más preparado para enfrentar estas situaciones y lograr así una atención más cercana y con calidad, venciendo temores y aprehensiones hacia el paciente moribundo y los cuidados paliativos.

Además que nace la iniciativa de realizar una guía de cuidados paliativos sugerida en los servicios de hospitalización en donde encontremos a un gran número de pacientes en fase terminal, para un comienzo de un manejo adecuado en los cuidados paliativos en el paciente en fase terminal, sugiriendo que se refuerce mediante la actualización académica mencionada anteriormente y en la formación de una área enfocada para todos aquellos pacientes que requieren de un cuidado paliativo como una clínica para el dolor. Se realiza la guía de cuidados paliativos destacando los principales cuidados que deben de ser proporcionados en el paciente en fase terminal, desarrollados mediante la presentación de evidencias y recomendaciones a nivel nacional lo cual corresponden a la información obtenida de guías internacionales las cuales fueron utilizadas como punto de referencias en las que se presenta información científica de los cuidados, además de agregar diagramas, cuadros y flujo gramas de algunos cuidados específicos, para un mejor manejo práctico y didáctico cubriendo todos los cuidados que se requieren en el cuidado en el paciente en fase terminal, esperando que sean una herramienta de gran utilidad para el personal de enfermería mejorando su calidad de cuidado y un mejor conocimiento de acuerdo a los cuidados paliativos

BIBLIOGRAFÍA

- ATON P. (2001) "Enfermería ética y Legislación" Edit. Masson
- AZULAY A. (2000) "Dilemas bióticos en situación de enfermedad terminal y en el proceso de morir". Revista Medicina Paliativa. Madrid, España. 145-146
- BEEBE T.J. "Ética en enfermería" Edit. Manual Moderno
- COLELL R, FONTANALS A Y RIUS P (1993)." Atención al enfermo terminal. Trabajo en equipo". Barcelona España. Rev ROL. 177: 56-58; 1993.
- DE LILLE, R. (2004) "Deontología de la clínica del dolor por cáncer." En: Alivio del Dolor y cuidados paliativos en Plancarte R "Pacientes con cáncer" Edit. Mc Graw Hill. México.
- DRANNE J (2001) "El cuidado del enfermo terminal Ética clínica y recomendaciones Practicas para Instituciones de salud de cuidados domiciliarios " Organización Panamericana de la salud 7-21
- DU GAS. "Tratado de enfermería práctica" Interamericana. 3ª edición Mc Graw Hill
- FAGOTNOY Agusnn" Ética teoría y aplicación " 5ª edición. Edit. Mac Graw Hill
- GARCÍA V. (2004) "Origen y evolución de la clínica del dolor." Guía diagnóstica y terapéutica Intersistemas. Edit. Kassian A Algologia. México.
- GARCÍA-OLIVERA V. (2002) "La clínica del dolor: su origen y evolución". 15-18.
- GRACIA D.(1998) "Fundamentación y Enseñanza de la bioética. Santa fe de Bogotá" Edit. El Búho,8
- GUEVARA U. (2003) "Evolución de los cuidados paliativos en México." En: Medicina del dolor y paliativa Edit. Intersistemas. U. Guevara, México
- HERNANDEZ J. (2002) "Bioética General" Edit. Manual Moderno
- LEY GENERAL DE SALUD
- LÍAN E. "Historia de la medicina moderna y contemporánea". Barcelona, Prensa Científico Médica, 2000.
- LUCKMAN J (2000) "Cuidados de Enfermería" Edit. Mac Graw Hill Interamericana Vol. I 1901-19017
- MC VAN B. (2003) "Paciente Terminal y muerte "Edit. Dayma España
- MERINO J. (1987) "Dimensiones socioculturales de la modernización". Folleto Universidad de Concepción, Chile.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA (2000) "Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico Organización Panamericana de la Salud" 1-75
- REVISTA DE DERECHO PRIVADO .Nº 18 2010. 20-22
- REVISTA DIGITAL UNIVERSITARIA. Volumen 7. Numero 4
- ROMBOLD "Ética en enfermería" 3ª edición. Edit. Mc Graw Hill
- ROMUR V. (2006) "Manejo del enfermo terminal: actitudes y aptitudes del los profesionales ante la enfermedad la agonía y la muerte" Edit. Asociación LCALT 19-23.
- VILLA Nuevas Enrique "Medicina Legal y Toxicología" 6ª edición .Edit. Masson .

- World Health Organization (1990).” Cáncer Pain Relief and Palliative: Reportado por expertos de comité de la OMS”. 175

Bibliografía en Internet

- <http://www.muerte.bioetica.org/mono/mono26.htm> Enero 2012
- <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172291086.pdf> Abril 2012
- http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000200012&script=sci_arttext Mayo 2012
- http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf Noviembre 2011
- <http://www.bioeticaweb.com/> Mayo 2012
- Manual para la administración de medicamentos. Baxter. Septiembre 2011

GLOSARIO

GLOSARIO

- **Acicalamiento:** Alisar, limpiar, bruñir
- **Calidad:** Es aquella que dice que aquel producto o servicio que nosotros adquiramos satisfaga nuestras expectativas sobradamente. Es decir, que aquel servicio o producto funcione tal y como nosotros queramos y para realizar aquella tarea o servicio que nos tiene que realizar
- **Confort:** Es aquello que produce bienestar y comodidades.
- **Consolidar:** Dar a una cosa firmeza, solidez y estabilidad
- **Cuidados paliativos:** La OMS define los cuidados paliativos, como “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 el paciente y sus familias”. Mediante un cuidado llamados principios de los cuidados paliativos.
- **Deontologista:** Hace referencia al conjunto de principios y reglas éticas que regulan y guían una actividad profesional. Estas normas determinan los deberes mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad
- **Depresión:** Es un trastorno del estado de ánimo, y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.
- **Empírico:** Es un resultado inmediato de la experiencia, que solo se funda en la observación de los hechos.
- **Exhaustivo:** Que se hace con profundidad
- **Faeneras:** Término genérico con el cual se designan a veces las producciones epidérmicas aparentes, tales como pelos, uñas.
- **Futilidad:** Poca o ninguna importancia de una cosa
- **Hospices:** Residencias para enfermos terminales
- **Irrefutable:** Que no se puede refutar o rebatir
- **Obstinación:** Se aplica a la acción que se mantiene firme en una opinión o actitud a pesar de las razones o las dificultades que pueda haber en contra.
- **Premisa:** Cada proposición del silogismo, de la que se infiere la conclusión
- **Psicosomático:** se puede definir como el proceso psíquico que tiene influencia en lo somático.
- **Teleología:** Parte de la metafísica que estudia las causas finales

ANEXOS

ANEXO I

CONOGRAMA DE

ACTIVIDADES



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENEREO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Pregunta inicial												
Recopilación bibliográfica												
Temario inicial												
Diseño del marco teórico												
Planteamiento del problema												
Planteamiento de objetivos												
Planteamiento de hipótesis												
Diseño de muestra												

ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENEREO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Diseño del instrumento												
Aplicación de instrumentos												
Análisis de datos												
Interpretación de datos												
Referencias bibliográficas												
Redacción final												
Presentación del proyecto (Tesis)												

ANEXO II

CUESTIONARIO



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Con estudios incorporados a la UNAM

INDICACIONES : Conteste todas las preguntas que se le piden , marque con una "X" la respuesta que corresponda , no deje sin contestar ninguna de ellas .

Fecha: _____ Servicio: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Categoría institucional: _____

1. Grado de estudio :
 - a) Enfermero especialista
 - b) Licenciado en enfermería
 - c) Enfermera General o técnica
 - d) Auxiliar en enfermería

2. Fecha de última actualización académica
 - a) Menos de 6 meses
 - b) Mas de 6 meses
 - c) Mas de un año
 - d) Nunca

3. ¿Tipo de estudio de la actualización académica?
 - a) Maestría
 - b) Especialidad
 - c) Diplomado
 - d) Pos técnico
 - e) Curso monográfico

4. Numero de paciente atendidos durante su jornada
 - a) Más de 15
 - b) 10 a 15
 - c) 6 a 10
 - d) 1 a 6

5. Consideras que el números de pacientes afecta los cuidados directos y actividades indirectas con el paciente en fase terminal durante tu jornada de trabajo
 - a) Siempre
 - b) Frecuentemente
 - c) Algunas veces
 - d) Nunca

6. ¿Constantemente se encuentra en contacto con la muerte?
 - a) Siempre
 - b) Frecuentemente
 - c) Algunas veces
 - d) Nunca

7. ¿Ante la muerte de unos de sus pacientes le surgen sentimientos como el miedo?
- a) Siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
8. ¿Con la muerte de unos de sus pacientes que sentimientos surgen normalmente en usted?
- a) Aceptación
b) Depresión
c) Negociación
d) Ira
e) Negación
f) Todas las anteriores
9. Cuando hablamos del 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 el paciente y sus familias, nos referimos a :
- a) Cuidado paliativo
b) Medicina Paliativa
c) Cuidado tanatológico
d) Cuidados generales de enfermería
10. ¿En el paciente en fase terminal, que apoyo psicológico y que tipo de comunicación principalmente proporcionas?
- a) No engañándolo ni dándole falsas esperanzas
b) Mitigando sus miedos y propiciando esperanzas concretas
c) Proporcionando apoyo espiritual
d) Platicando con el paciente ayudándolo a comprender su enfermedad
11. ¿Con en el familiar del paciente en fase terminal que apoyo psicológico y que tipo de comunicación proporcionas?
- a) Respetando los mecanismos de negación.
b) Teniendo una actitud de escucha activa.
c) Teniendo una comunicación clara y efectiva
d) Platicando con el familiar ayudándolo a comprender el estado terminal de su paciente
12. ¿En el paciente en fase terminal cuales son los principales cuidados de higiene que realiza?
- a) Baño parcial , cada vez que el paciente lo desea
b) Aseo de genitales, cambio de ropa total.
c) Aseo bucal, rasurarlo, lavado de manos , pediluvio ,vestirlo y peinarlo
d) Baño diario, cambio de ropa total.
13. ¿En el paciente en fase terminal cuales son los cuidados de alimentación que proporciona?

- a) Estimulando la ingesta de nutrientes
 - b) Realizando la técnica adecuada de alimentación
 - c) Administración de líquidos
 - d) Ayudándole al paciente, acercándole la charola de sus alimentos estimulándolo a que se alimente.
14. ¿En el paciente en fase terminal que aspectos son importantes de vigilar cuando se ministran medicamentos para el dolor?
- a) Ministración de medicamentos de acuerdo a indicaciones medicas
 - b) Observar alteraciones de oxigenación
 - c) Observar reacciones secundaria
 - d) Si se observa que el paciente se encuentra con dolor ministrar codeína y morfina.
15. ¿En el paciente en fase terminal cuales son los cuidados de eliminación que realiza?
- a) Cuidados de sondaje vesical observando características de orina, la cuantificación, fecha instalación de sonda y de bolsa recolectora.
 - b) Observación de heces mediante el código de evacuaciones.
 - c) Control de líquidos y movilización del paciente
 - d) Limitar la ingesta de líquidos y alimentos, disminuyendo con esto los hábitos de eliminación y evitando que el paciente sufra de alguna lesión por exposición a la humedad.
16. ¿En el paciente en fase terminal cuales son los cuidados de confort y seguridad que realiza?
- a) Protección del paciente de lesiones o caídas
 - b) Evitar infecciones , procurando su bienestar
 - c) Favorecer un ambiente adecuado estableciendo prioridades en el tratamiento del paciente
 - d) Verificar barandales de cama arriba, colocándole un cobija que el paciente quiera cuidando su temperatura
17. ¿Ejecutas adecuadamente en los pacientes en fase terminal los 7 principios de los cuidados paliativos?
- a) Si
 - b) No
18. ¿Mencione cuáles realiza?
- a) Cuidados de la piel, cuidados de higiene, alivio del dolor, alimentación, apoyo psicológico y comunicación efectiva, eliminación, confort y seguridad.
 - b) Manejo del dolor, optimizar la autonomía del paciente y familia, trabajo con el equipo multidisciplinario, comprensión tanto diagnostica como de tratamiento, ambiente confortable, apoyo en el proceso de duelo, asistir al paciente en el proceso de muerte.

- c) Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas, afirmar la vida y consideran la muerte como un proceso normal, no intentan ni acelerar ni retrasar la muerte, integrar los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente, ofrecer un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, ofrecer un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo, mejorar la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad
- d) Cuidados generales de enfermería , alivio del dolor , aplicación de RCP3, aislamiento del paciente por su pronóstico de vida , orientar a los familiares sobre el cuidado en casa para esperar la muerte en ese lugar ,orientar a familiar y pacientes sobre la muerte .

Gracias por su colaboración la cual contribuirá para el personal de enfermería.

ANEXO III
GUIA DE
OBSERVACIÓN



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Con estudios incorporados a la UNAM



Guía de observación

Fecha: _____ Servicio: _____

Categoría institucional: _____

1. Grado de estudio :
 - a) Enfermero(a) especialista
 - b) Licenciado en enfermería
 - c) Enfermera(o) General o técnica
 - d) Auxiliar en enfermería

2. Se observa que el número de pacientes afecta los cuidados directos y actividades indirectas con el paciente en fase terminal durante tu jornada de trabajo
 - a) Si b) No

3. Se observa que el personal de enfermería se encuentra constantemente en contacto con la muerte
 - a) Si b) No

4. Se observa que ante la muerte de unos de sus pacientes del personal de enfermería le surgen sentimientos como el miedo
 - a) Si b) No

5. Con la muerte de unos de sus pacientes del personal de enfermería se observa que surgen alguno de los siguientes sentimientos
 - a) Aceptación
 - b) Depresión
 - c) Negociación
 - d) Ira
 - e) Negación
 - f) Todas las anteriores

6. ¿El personal de enfermería sabe que son los cuidados paliativos?

a) Si b) No

7. ¿El personal de enfermería proporciona al paciente en fase terminal, apoyo psicológico y una comunicación efectiva?

a) Si b) No

8. ¿El personal de enfermería con el familiar del paciente en fase terminal proporciona apoyo psicológico y una comunicación efectiva?

a) Si b) No

9. ¿El personal de enfermería en el paciente en fase terminal proporciona los cuidados de higiene?

a) Si b) No

10. ¿El personal de enfermería en el paciente en fase terminal proporciona los cuidados de alimentación?

a) Si b) No

11. ¿El personal de enfermería en el paciente en fase terminal vigila aspectos son importantes cuando ministra medicamentos para el dolor?

a) Si b) No

12. ¿El personal de enfermería en el paciente en fase terminal proporciona los cuidados de eliminación?

a) Si b) No

13. ¿El personal de enfermería en el paciente en fase terminal proporciona los cuidados de confort y seguridad?

a) Si b) No

14. ¿El personal de enfermería ejecuta adecuadamente en los pacientes en fase terminal los 7 principios de los cuidados paliativos?

a) Si b) No

15. ¿Realiza todos los principios?

a) Si b) No

ANEXO IV
CUADROS Y GRAFICAS
CUESTIONARIO



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
 Con estudios incorporados a la UNAM

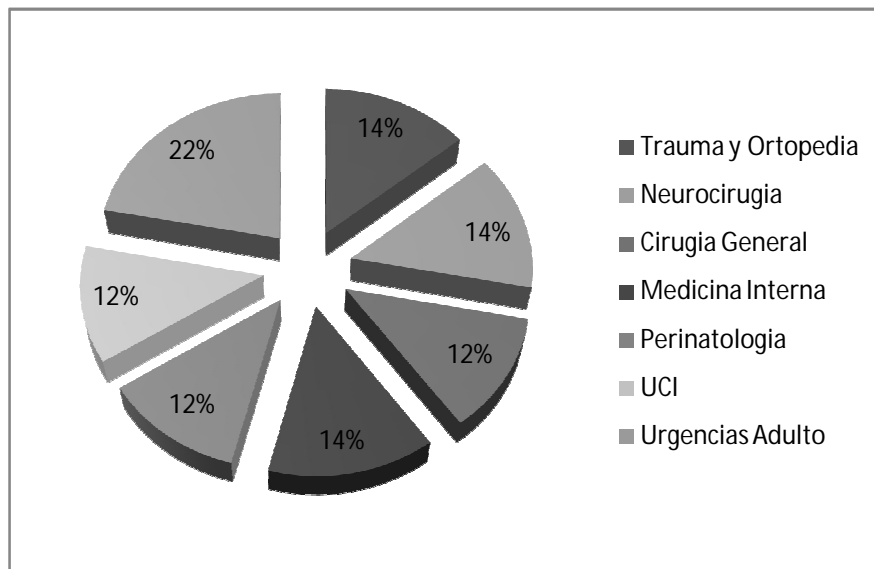


Cuadro N° 1
SERVICIO

Servicio	Fx	%
Trauma y Ortopedia	7	14%
Neurocirugía	7	14%
Cirugía General	6	12%
Medicina Interna	7	14%
Perinatología	6	22%
UCI	6	12%
Urgencias Adulto	11	22%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 1
SERVICIO



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



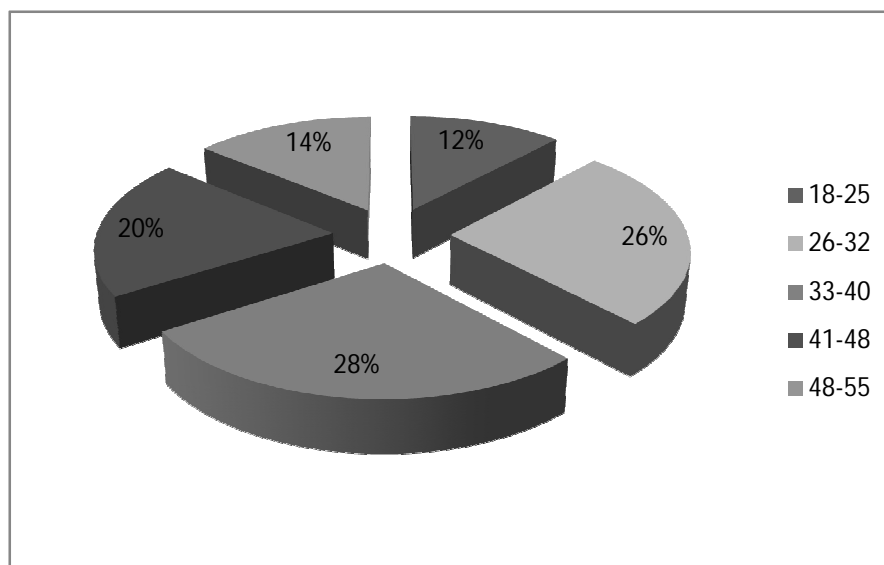
**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITALJUAREZ DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados a la UNAM**

**Cuadro N° 2
EDAD**

Edad	Fx	%
18-25	6	12%
26-32	13	26%
33-40	14	28%
41-47	10	20%
48-55	7	14%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

**Grafica N° 2
EDAD**



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

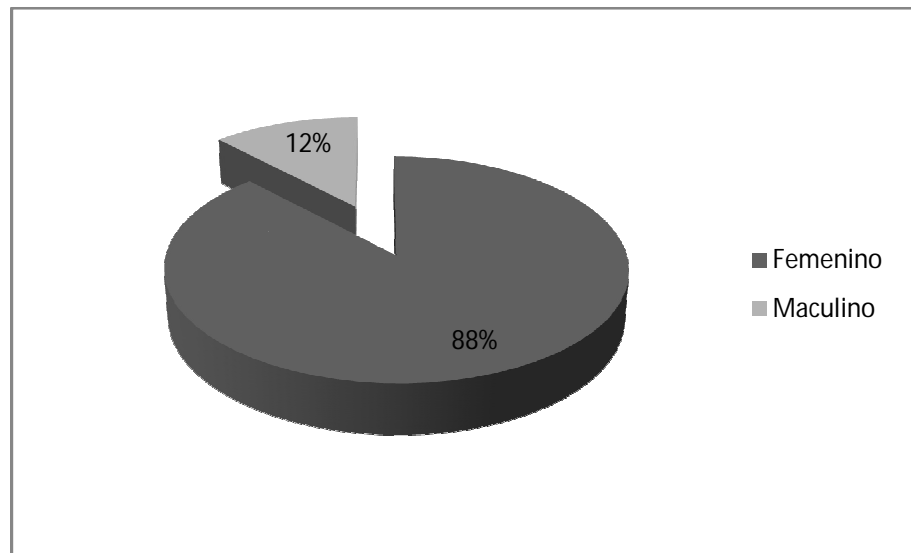


Cuadro N° 3
SEXO

Sexo	Fx	%
Femenino	44	88%
Masculino	6	12%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 3
SEXO



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

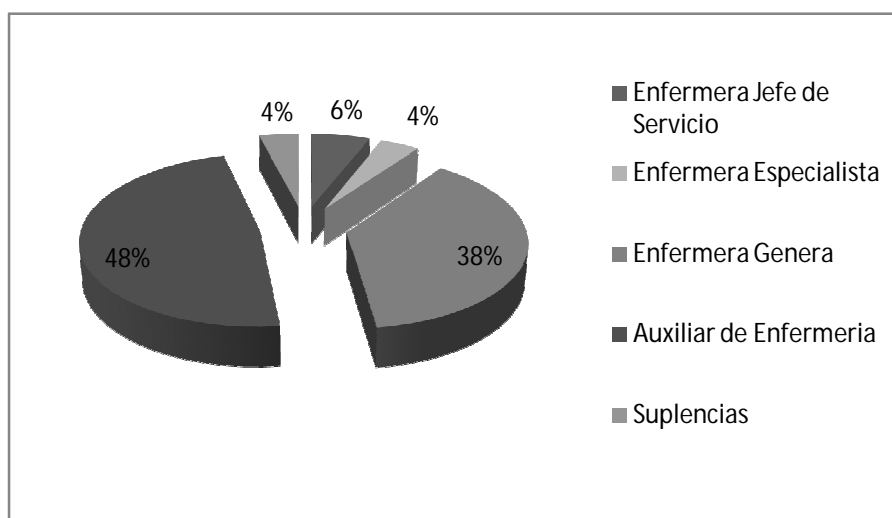


Cuadro N° 4
CATEGORIA INSTITUCIONAL

Categoría Institucional	Fx	%
Enfermera Jefe de Servicio	3	6%
Enfermera Especialista	2	4%
Enfermera Genera	19	38%
Auxiliar de Enfermería	24	48%
Suplencias	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 4
CATEGORIA INSTITUCIONAL



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

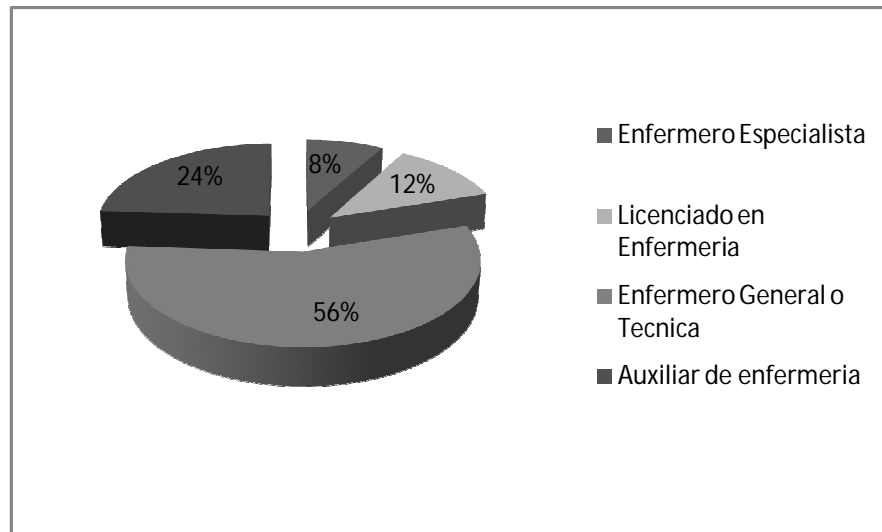


Cuadro N° 5
GRADO DE ESTUDIO

Grado de Estudio	Fx	%
Enfermero Especialista	4	8%
Licenciado en Enfermería	6	12%
Enfermero General o Técnica	28	56%
Auxiliar de Enfermería	12	24%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 5
GRADO DE ESTUDIO



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados a la UNAM

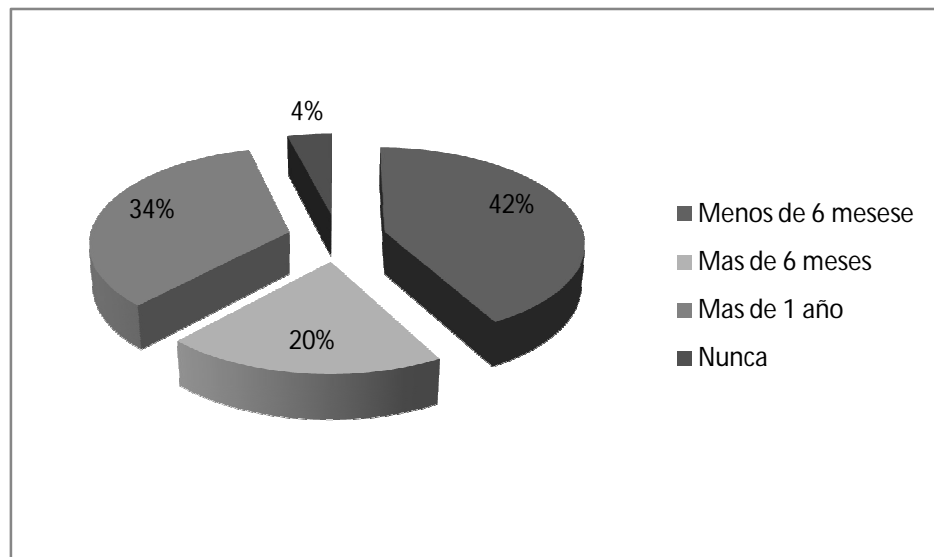


Cuadro N° 6
TIEMPO ACTUALIZACION ACADEMICA

Tiempo actualización académica	Fx	%
Menos de 6 meses	21	42%
Mas de 6 meses	10	20%
Mas de 1 año	17	34%
Nunca	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 6
TIEMPO ACTUALIZACION ACADEMICA



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

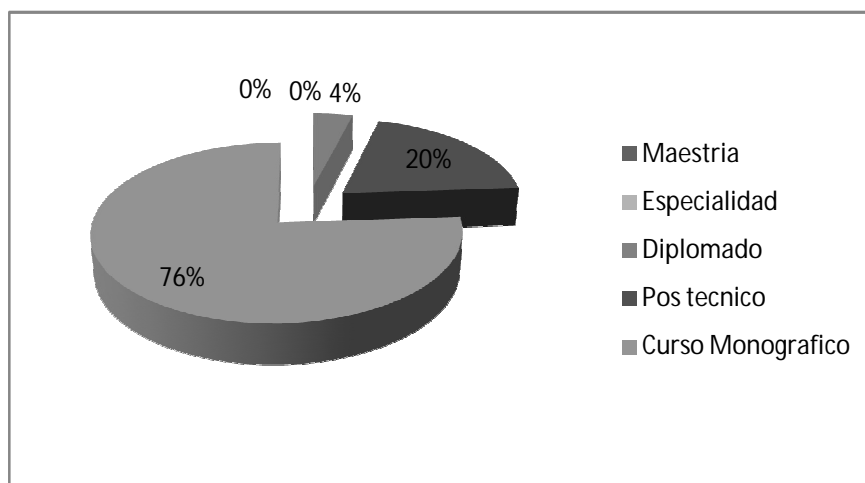


Cuadro N° 7
TIPO DE ACTUALIZACIÓN ACADÉMICA

Tipo de actualización académica	Fx	%
Maestría	0	0%
Especialidad	0	0%
Diplomado	2	4%
Pos técnico	10	20%
Curso Monográfico	38	76%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 7
TIPO DE ACTUALIZACIÓN ACADÉMICA



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

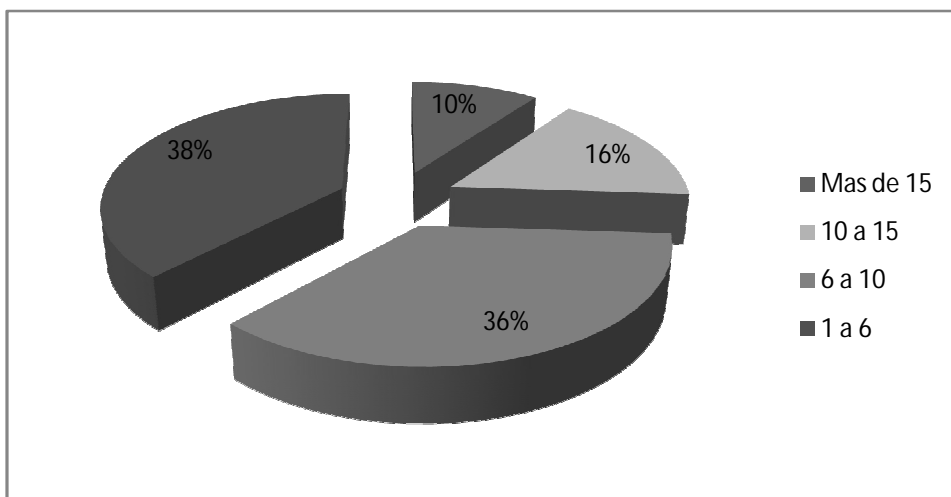


Cuadro N° 8
NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE LA JORNADA

Numero de pacientes atendidos durante la jornada	Fx	%
Mas de 15	5	10%
10 a 15	8	16%
6 a 10	18	36%
1 a 6	19	38%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 8
NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE LA JORNADA



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

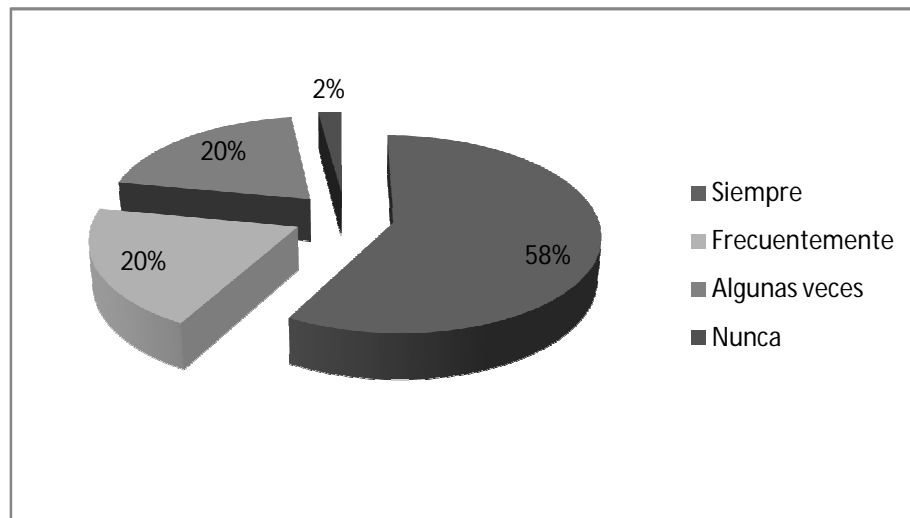


Cuadro N° 9
AFECTACIÓN DE LOS CUIDADOS DIRECTOS Y ACTIVIDADES INDIRECTAS

Afectación de los cuidados directos y actividades indirectas	Fx	%
Siempre	29	58%
Frecuentemente	10	20%
Algunas veces	10	20%
Nunca	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 9
AFECTACIÓN DE LOS CUIDADOS DIRECTOS Y ACTIVIDADES INDIRECTAS



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

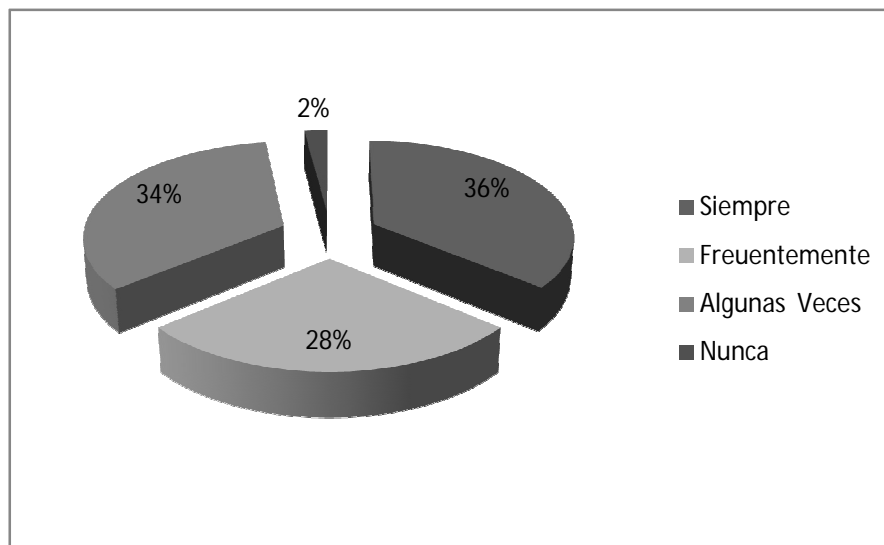


CUADRO N° 10
CONTACTO CON LA MUERTE

Contacto con la muerte	Fx	%
Siempre	18	36%
Frecuentemente	14	28%
Algunas Veces	17	34%
Nunca	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

CUADRO N° 10
CONTACTO CON LA MUERTE



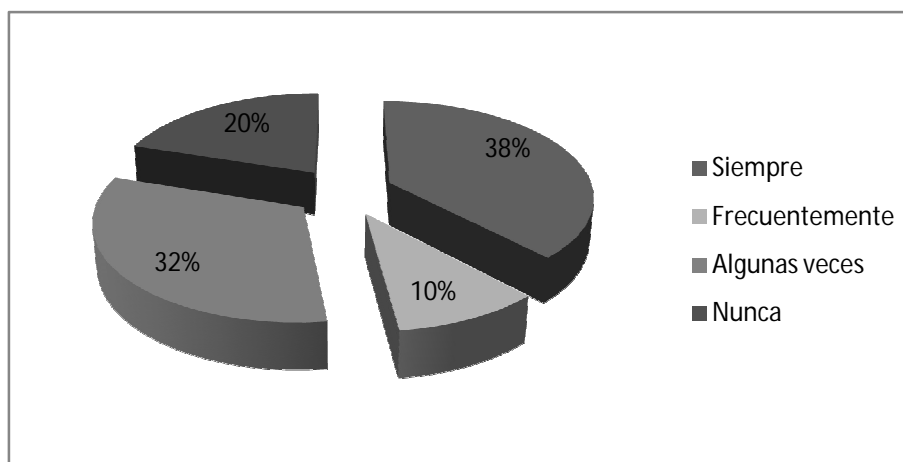
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Cuadro N° 11
SENTIMIENTOS DE MIEDO

Sentimientos de miedo	Fx	%
Siempre	19	38%
Frecuentemente	5	10%
Algunas veces	16	32%
Nunca	10	20%
Total	50%	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 11
SENTIMIENTOS DE MIEDO



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

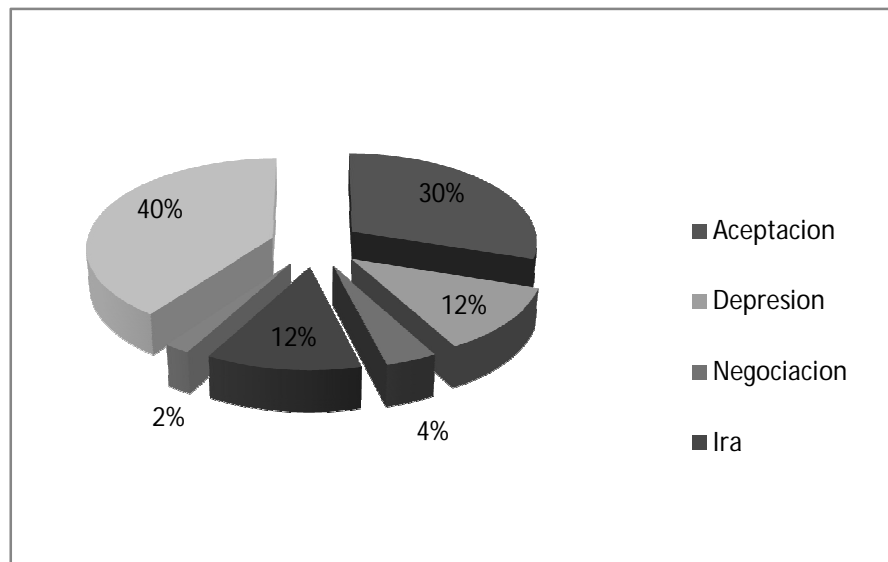


Cuadro N° 12
SENTIMIENTOS QUE SURGEN NORMALMENTE

Sentimientos que surgen normalmente	Fx	%
Aceptación	15	30%
Depresión	6	12%
Negociación	2	4%
Ira	6	12%
Negación	1	2%
Todas las anteriores	20	40%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 12
SENTIMIENTOS QUE SURGEN NORMALMENTE



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

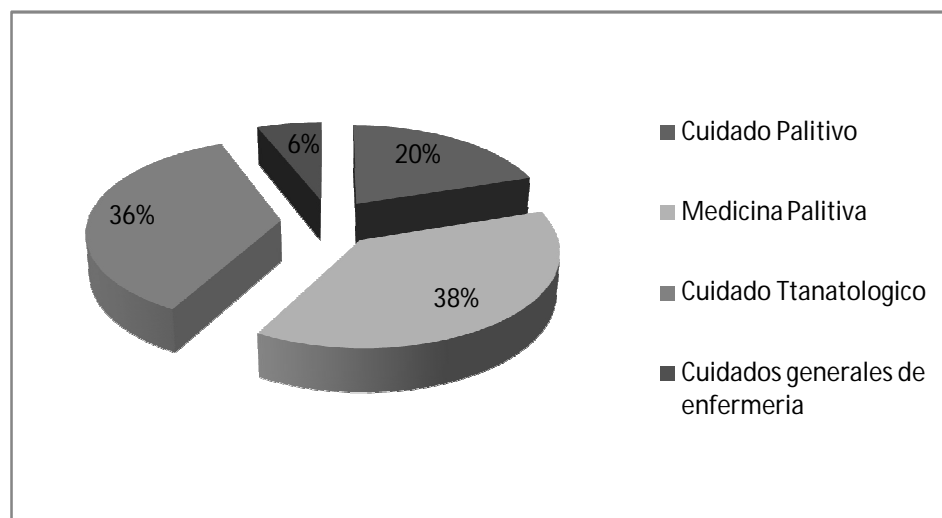


Cuadro N° 13
DEFINICIÓN DE CONCEPTO

Definición de concepto	Fx	%
Cuidado Paliativo	10	20%
Medicina Paliativa	19	38%
Cuidado Tanatológico	18	36%
Cuidados generales de enfermería	3	6%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 13
DEFINICIÓN DE CONCEPTO



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

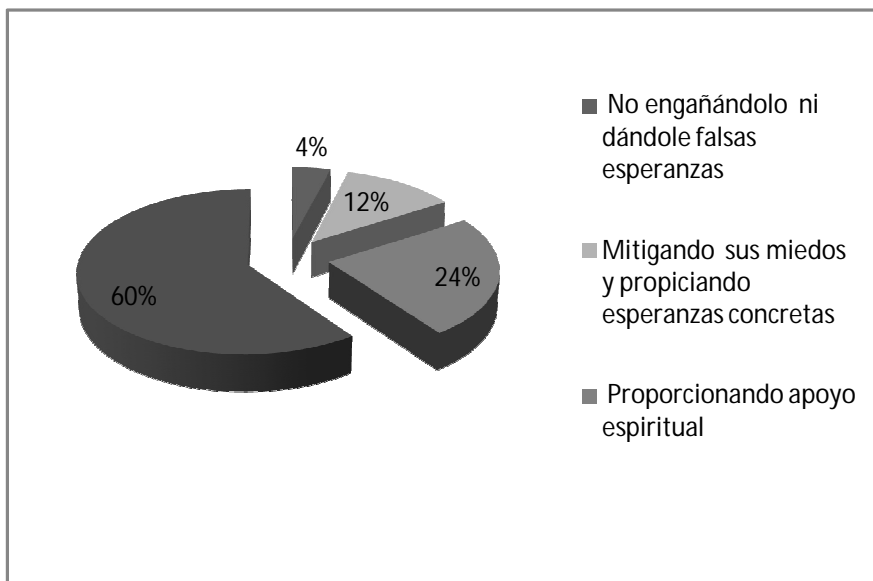


Cuadro N° 14
APOYO PSICOLÓGICO

Apoyo psicológico	Fx	%
No engañándolo ni dándole falsas esperanzas	2	4%
Mitigando sus miedos y propiciando esperanzas concretas	6	12%
Proporcionando apoyo espiritual	12	24%
Platicando con el paciente ayudándolo a comprender su enfermedad	30	60%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 14
APOYO PSICOLÓGICO



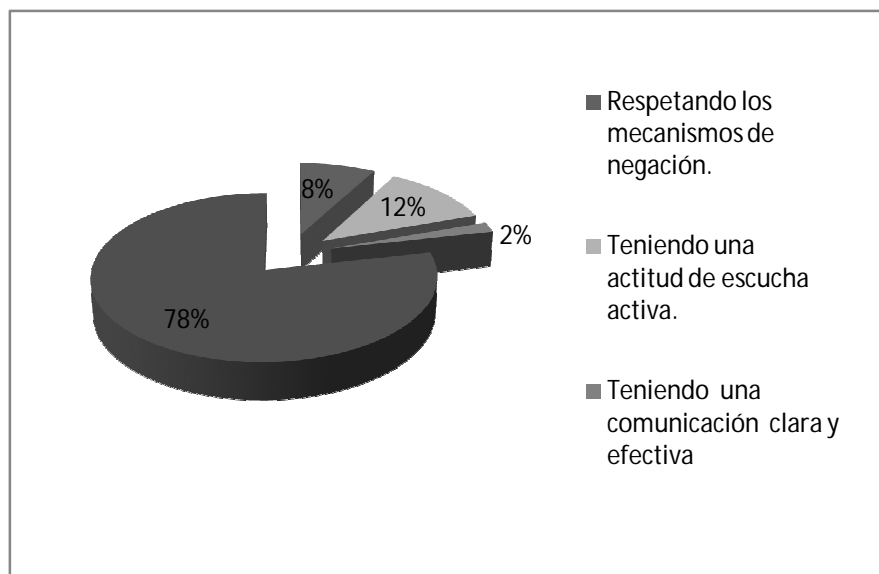
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Cuadro N° 15
APOYO PSICOLÓGICO A FAMILIAR

Apoyo psicológico a familiar	Fx	%
Respetando los mecanismos de negación.	4	8%
Teniendo una actitud de escucha activa.	6	12%
Teniendo una comunicación clara y efectiva	1	2%
Platicando con el familiar ayudándolo a comprender el estado terminal de su paciente	40	78%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 15
APOYO PSICOLÓGICO A FAMILIAR



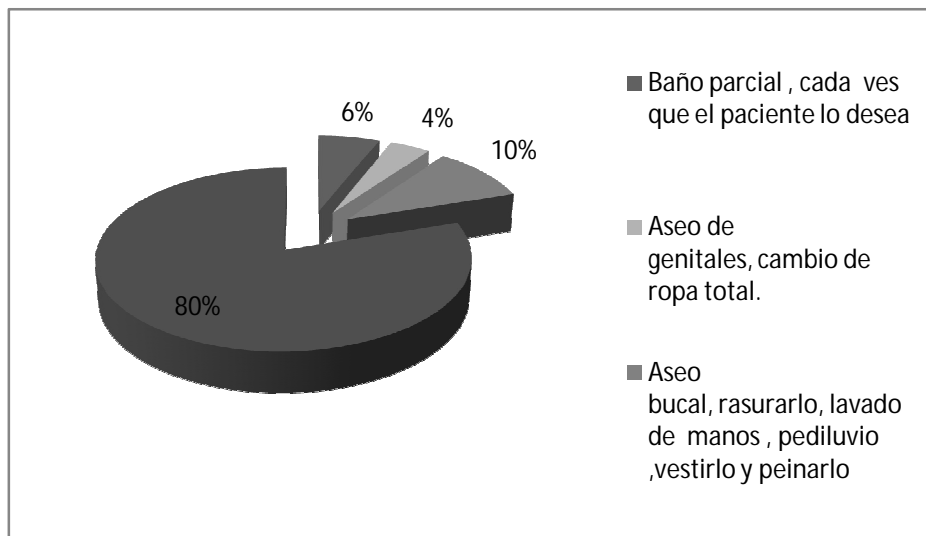
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Cuadro N° 16
CUIDADOS DE HIGIENE

Cuidados de higiene	Fx	%
Baño parcial , cada ves que el paciente lo desea	3	6%
Aseo de genitales, cambio de ropa total.	2	4%
Aseo bucal, rasurarlo, lavado de manos , pediluvio ,vestirlo y peinarlo	5	10%
Baño diario, cambio de ropa total.	40	80%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 16
CUIDADOS DE HIGIENE



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

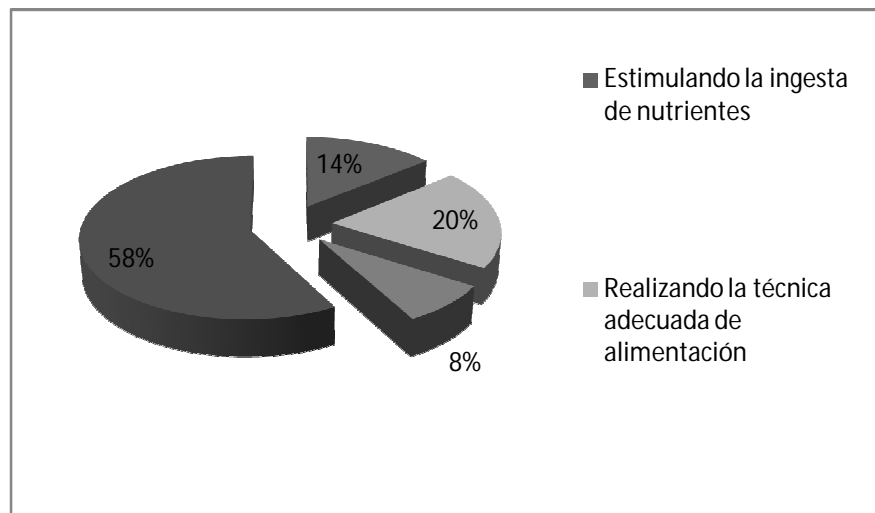


Cuadro N° 17
CUIDADOS DE ALIMENTACIÓN

Cuidados de alimentación	Fx	%
Estimulando la ingesta de nutrientes	7	14%
Realizando la técnica adecuada de alimentación	10	20%
Administración de líquidos	4	8%
Ayudándole al paciente, acercándole la charola de sus alimentos estimulándolo a que se alimente	29	58%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 17
CUIDADOS DE ALIMENTACIÓN



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITALJUAREZ DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados a la UNAM



Cuadro N° 18

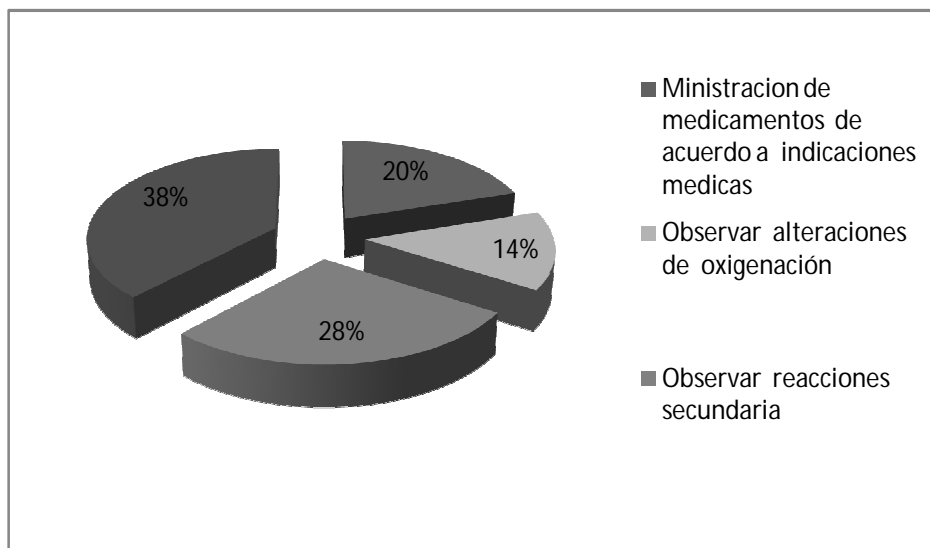
VIGILANCIA EN LA MINISTRACION DE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR

Vigilancia en la Ministracion de medicamentos para el dolor	Fx	%
Ministracion de medicamentos de acuerdo a indicaciones medicas	10	20%
Observar alteraciones de oxigenación	7	14%
Observar reacciones secundaria	14	28%
Si se observa que el paciente se encuentra con dolor ministrar codeína y morfina	19	38%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 18

VIGILANCIA EN LA MINISTRACION DE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 19

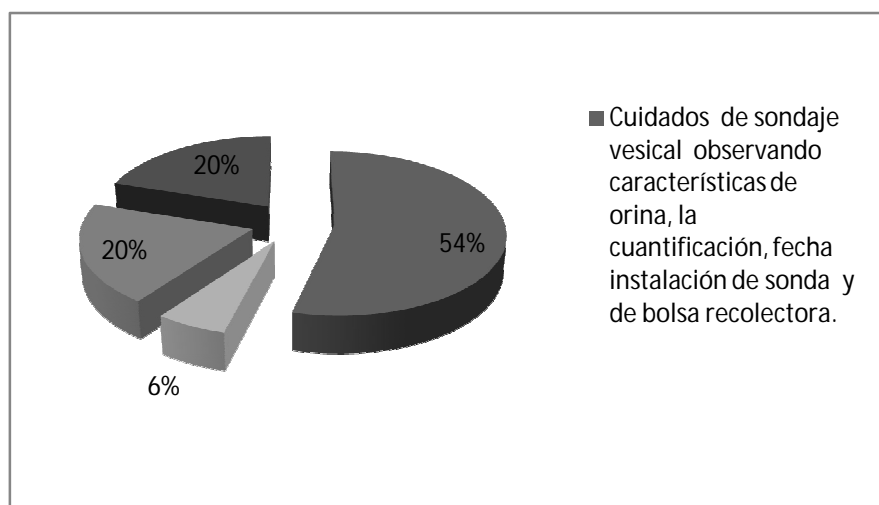
CUIDADOS DE ELIMINACIÓN

Cuidados de eliminación	FX	%
Cuidados de sondaje vesical observando características de orina, la cuantificación, fecha instalación de sonda y de bolsa recolectora.	27	54%
Observación de heces mediante el código de evacuaciones.	3	6%
Control de líquidos y movilización del paciente	10	20%
Limitar la ingesta de líquidos y alimentos, disminuyendo con esto los hábitos de eliminación y evitando que el paciente sufra de alguna lesión por exposición a la humedad.	10	20%
Total	50%	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 19

CUIDADOS DE ELIMINACIÓN



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Cuadro N° 20

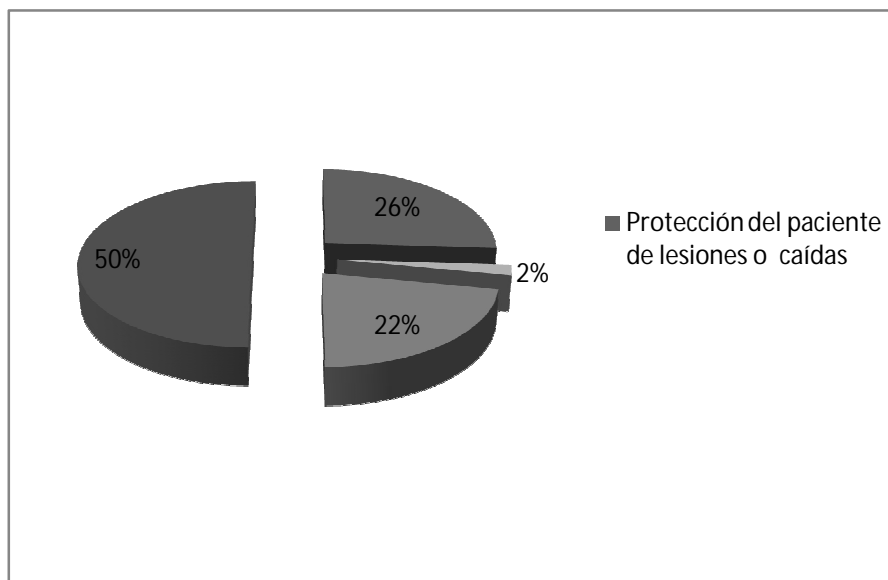
CUIDADOS DE CONFORT Y SEGURIDAD

Cuidados de confort y seguridad	Fx	%
Protección del paciente de lesiones o caídas	13	26%
Evitar infecciones , procurando su bienestar	1	2%
Favorecer un ambiente adecuado estableciendo prioridades en el tratamiento del paciente	11	22%
Verificar barandales de cama arriba, colocándole un cobija que el paciente quiera cuidando su temperatura	25	50%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 20

CUIDADOS DE CONFORT Y SEGURIDAD



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 21

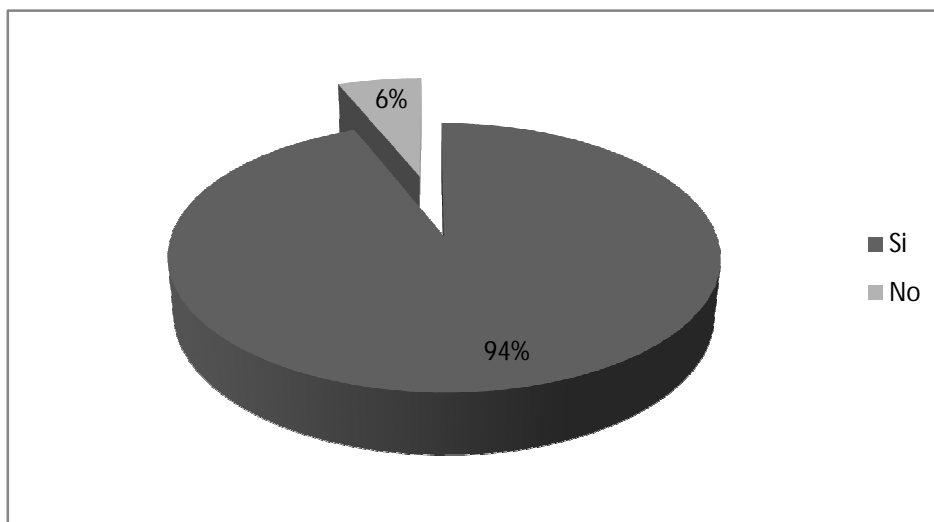
EJECUCIÓN DE LOS 7 PRINCIPIOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Ejecución de los 7 principios de los cuidados paliativos	Fx	%
Si	47	94%
No	3	6%
Total	50%	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 21

EJECUCIÓN DE LOS 7 PRINCIPIOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 22

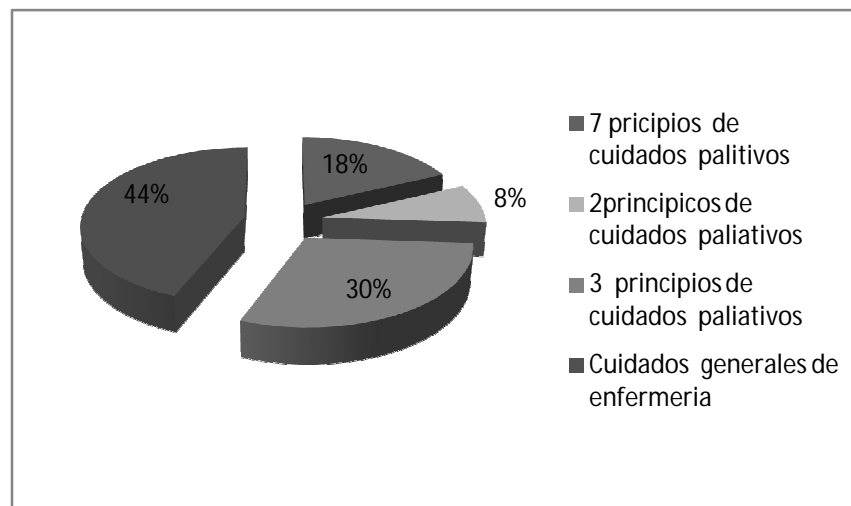
REALIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS

Realización de los principios	Fx	%
7 principios de cuidados paliativos	9	18%
2 principios de cuidados paliativos	4	8%
3 principios de cuidados paliativos	15	30%
Cuidados generales de enfermería	22	44%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 22

REALIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

ANEXO V
CUADROS Y GRAFICAS
GUIA DE
OBSERVACION

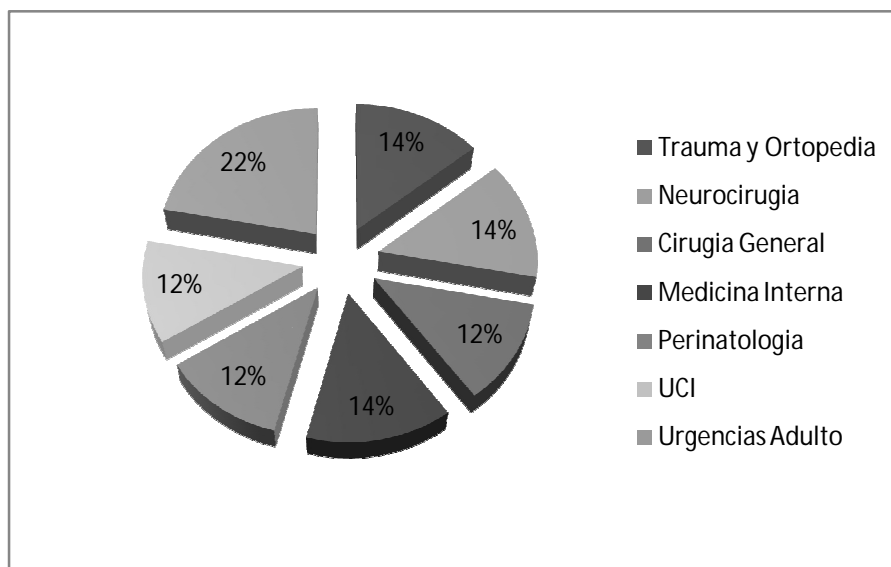


Cuadro N° 1
SERVICIO

Servicio	Fx	%
Trauma y Ortopedia	7	14%
Neurocirugía	7	14%
Cirugía General	6	12%
Medicina Interna	7	14%
Perinatología	6	22%
UCI	6	12%
Urgencias Adulto	11	22%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 1
SERVICIO



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

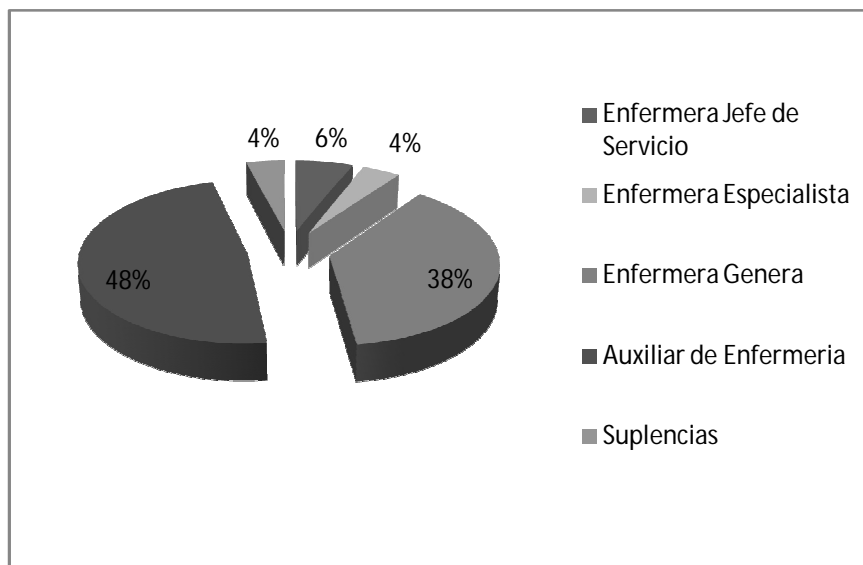


Cuadro N° 2
CATEGORIA INSTITUCIONAL

Categoría Institucional	Fx	%
Enfermera Jefe de Servicio	3	6%
Enfermera Especialista	2	4%
Enfermera Genera	19	38%
Auxiliar de Enfermería	24	48%
Suplencias	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 2
CATEGORIA INSTITUCIONAL



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITALJUAREZ DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados a la UNAM

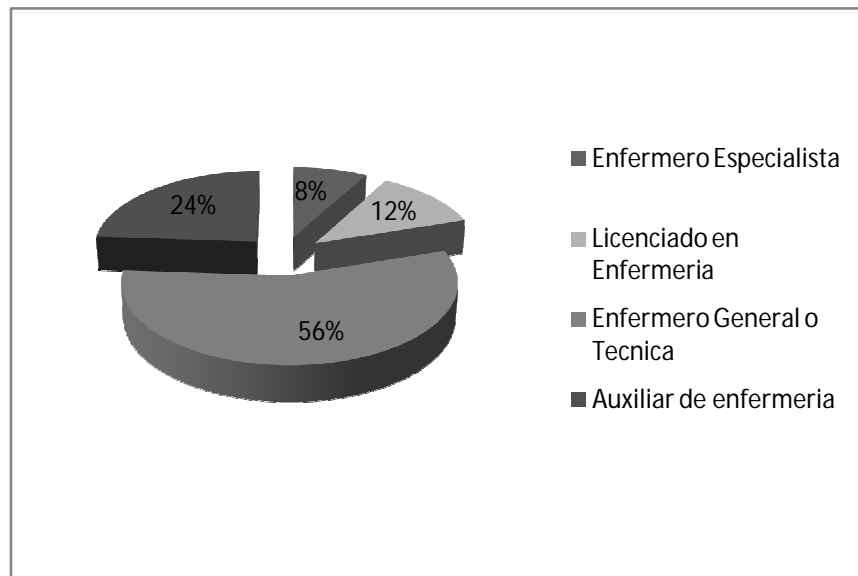


Cuadro N° 3
GRADO DE ESTUDIO

Grado de Estudio	Fx	%
Enfermero Especialista	4	8%
Licenciado en Enfermería	6	12%
Enfermero General o Técnica	28	56%
Auxiliar de Enfermería	12	24%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 3
GRADO DE ESTUDIO



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

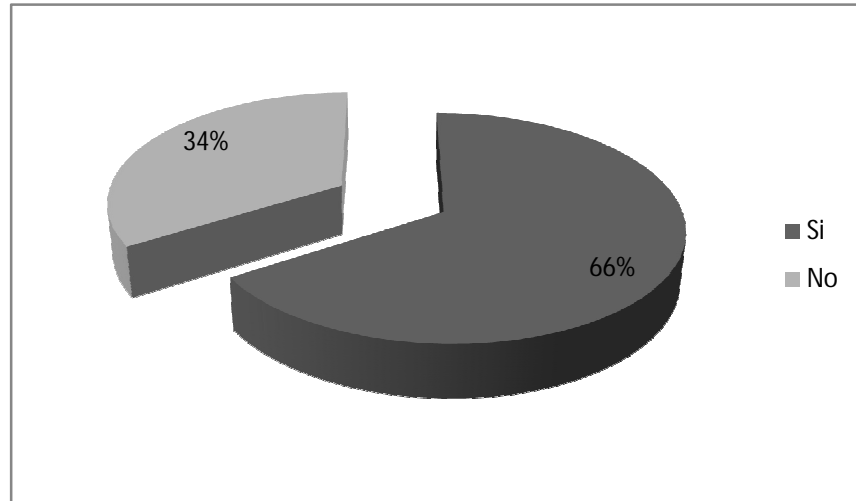


Cuadro N° 4
AFECTACIÓN DEL NUMERO DE PACIENTES ASIGNADOS POR JORNADA

Afectación del numero de pacientes asignados por jornada	Fx	%
Si	33	66%
No	17	34%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 4
AFECTACIÓN DEL NUMERO DE PACIENTES ASIGNADOS POR JORNADA



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIG

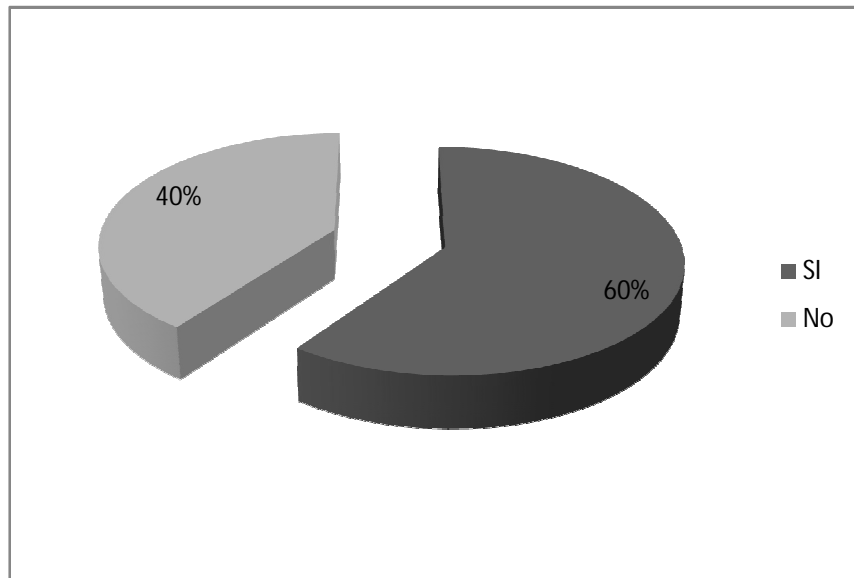


Cuadro N° 5
CONTACTO CONSTANTE CON LA MUERTE

Contacto constante con la muerte	Fx	%
SI	30	60%
No	20	40%
Total	50	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 5
CONTACTO CONSTANTE CON LA MUERTE



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 6

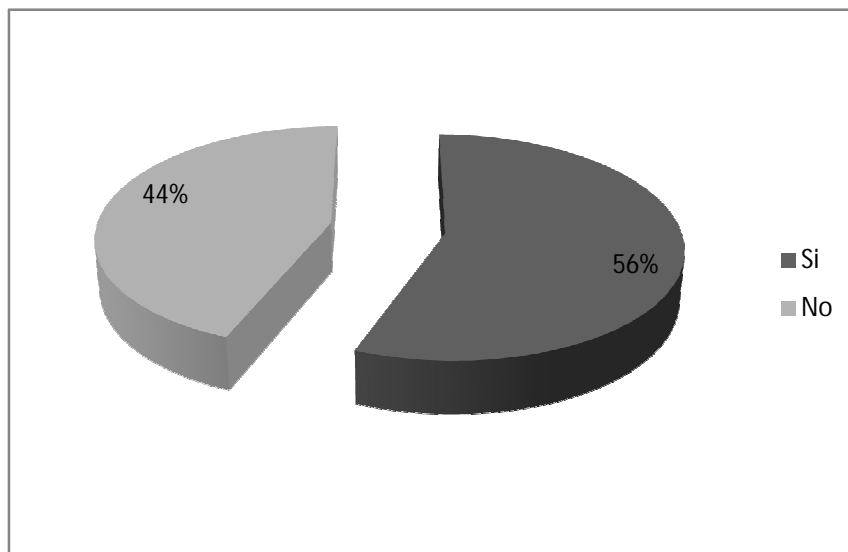
SENTIMIENTOS DE MIEDO

Sentimientos de miedo	Fx	%
Si	28	56%
No	22	44%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 6

SENTIMIENTOS DE MIEDO



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 7

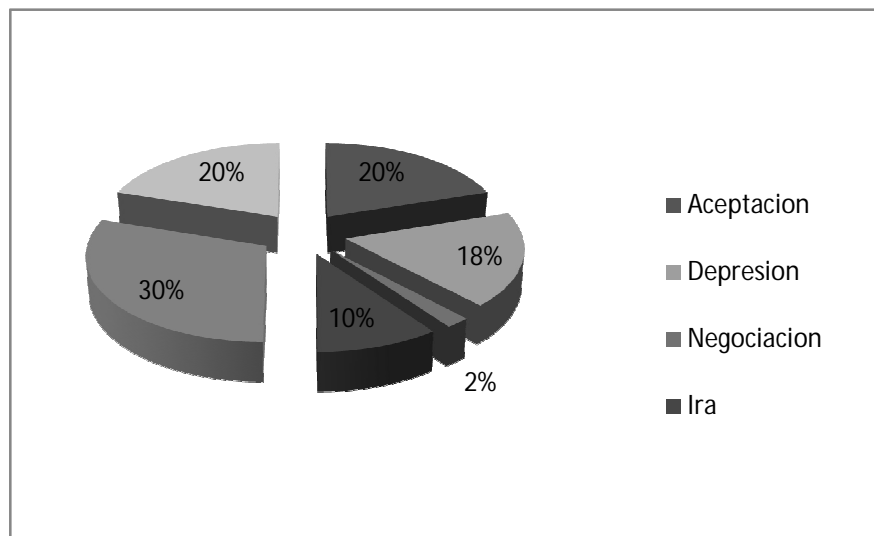
SENTIMIENTOS QUE SURGEN

Sentimientos que surgen	Fx	%
Aceptación	10	20%
Depresión	9	18%
Negociación	1	30%
Ira	5	10%
Negación	15	2%
Todas las anteriores	10	20%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 7

SENTIMIENTOS QUE SURGEN



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 8

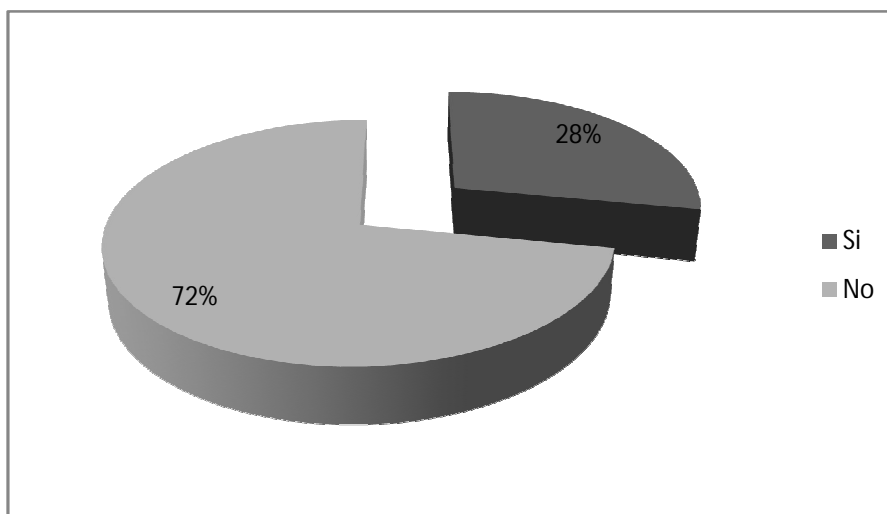
CONOCIMIENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Conocimiento de cuidados paliativos	Fx	%
Si	14	28%
No	36	72%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 8

CONOCIMIENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 9

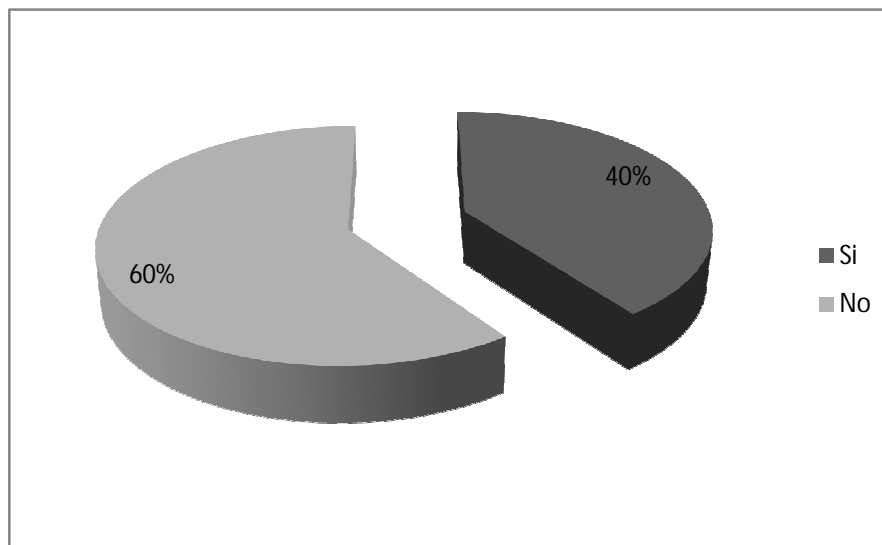
APOYO PSICOLÓGICO

Apoyo psicológico	Fx	%
Si	20	60%
No	30	40%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 9

PROPORCIONA APOYO PSICOLÓGICO EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 10

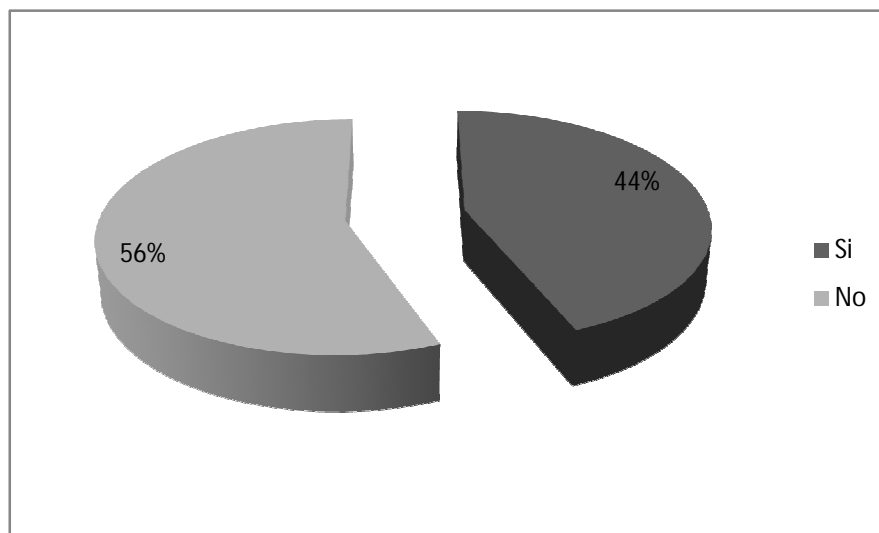
APOYO PSICOLÓGICO A FAMILIAR

Apoyo psicológico a familiar	Fx	%
Si	22	44%
No	28	56%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 10

P APOYO PSICOLÓGICO A FAMILIAR



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 11

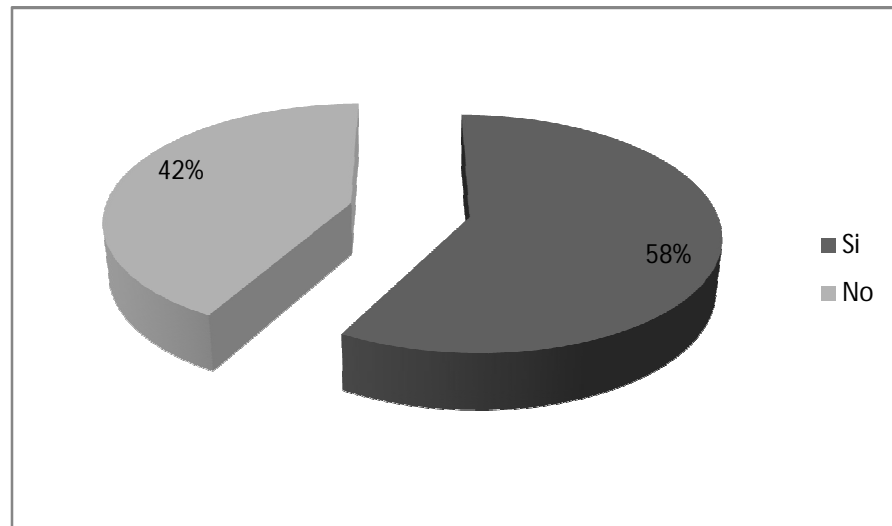
CUIDADOS DE HIGIENE

Cuidados de higiene	Fx	%
Si	29	58%
No	21	42%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 11

CUIDADOS DE HIGIENE



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 12

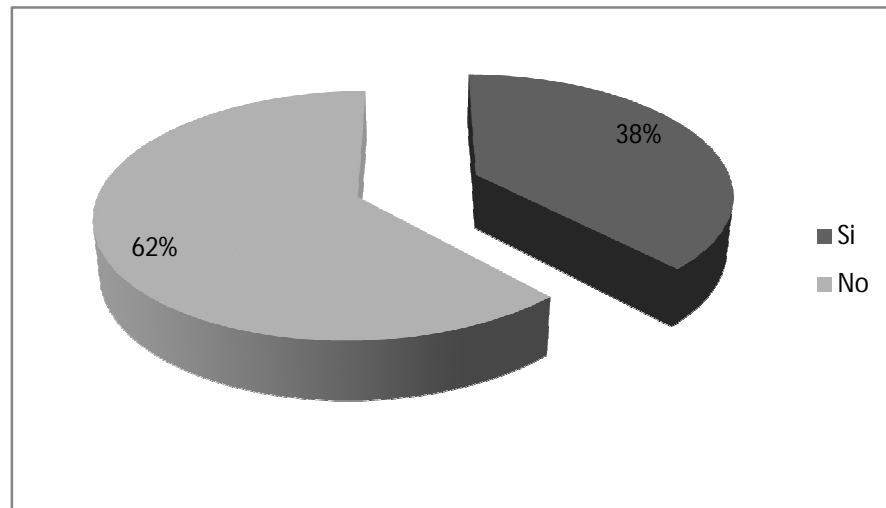
CUIDADOS DE ALIMENTACIÓN

Cuidados de alimentación	Fx	%
Si	19	38%
No	31	62%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 12

CUIDADOS DE ALIMENTACIÓN



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 13

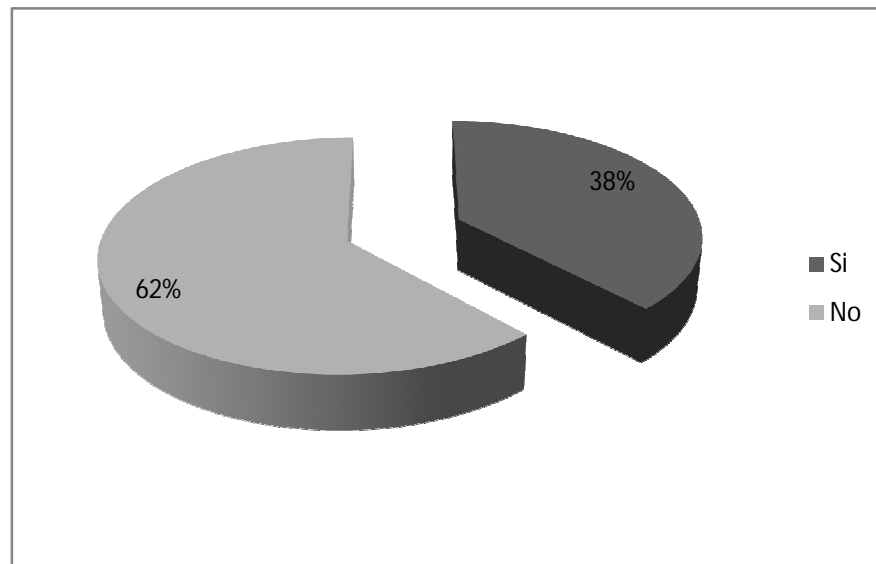
VIGILANCIA EN LA MINISTRACION DE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR

Vigilancia en la Ministracion de medicamentos para el dolor	Fx	%
Si	19	38%
No	31	62%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 13

VIGILANCIA EN LA MINISTRACION DE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 14

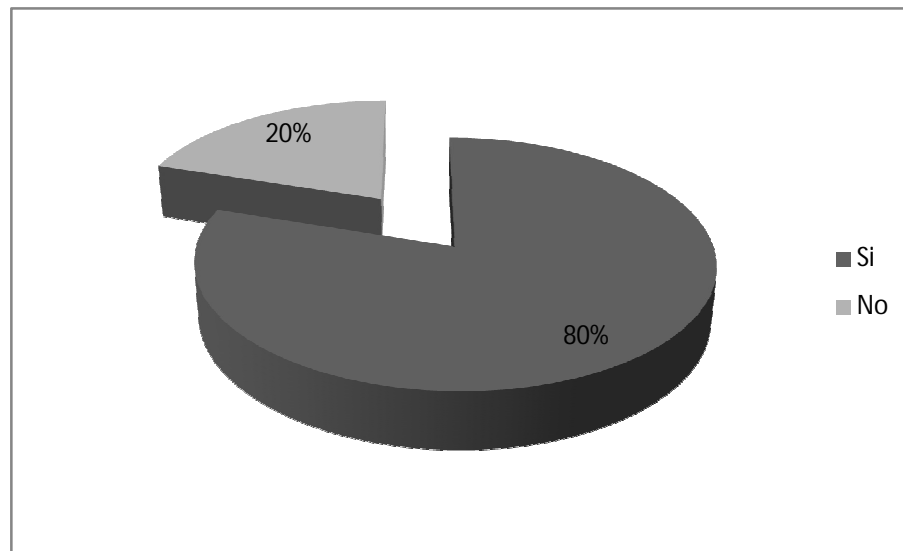
CUIDADOS DE ELIMINACIÓN

Cuidados de eliminación	FX	%
Si	40	80%
No	10	20%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 14

CUIDADOS DE ELIMINACIÓN



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 15

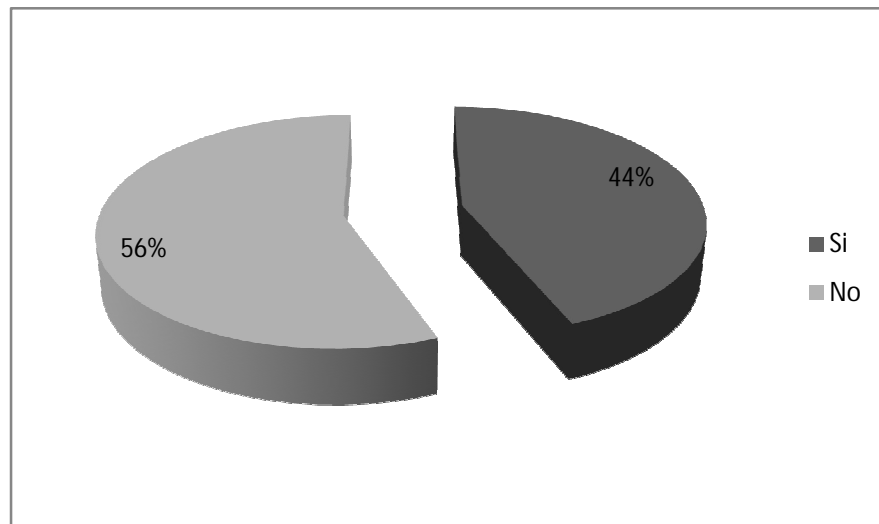
CUIDADOS DE CONFORT Y SEGURIDAD

Cuidados de confort y seguridad	Fx	%
Si	22	44%
No	28	54%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 15

CUIDADOS DE CONFORT Y SEGURIDAD



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 16

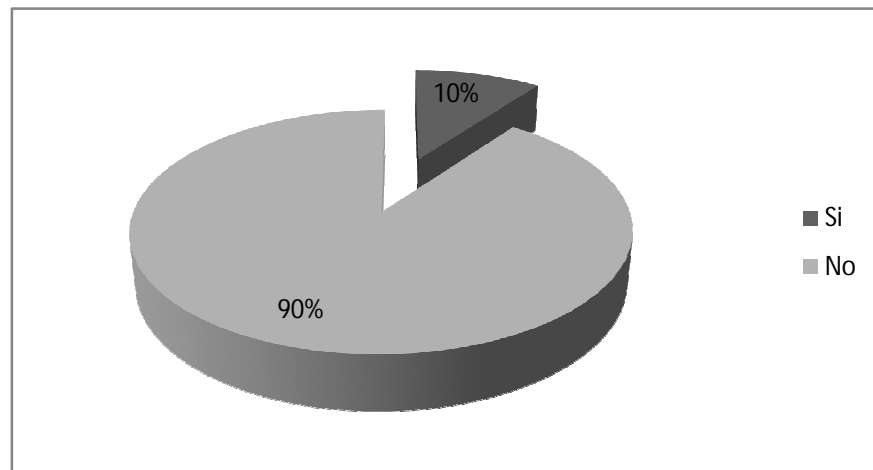
EJECUCIÓN DE LOS 7 PRINCIPIOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Ejecución de los 7 principios de los cuidados paliativos	Fx	%
Si	5	10%
No	45	90%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 16

EJECUCIÓN DE LOS 7 PRINCIPIOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ



Cuadro N° 17

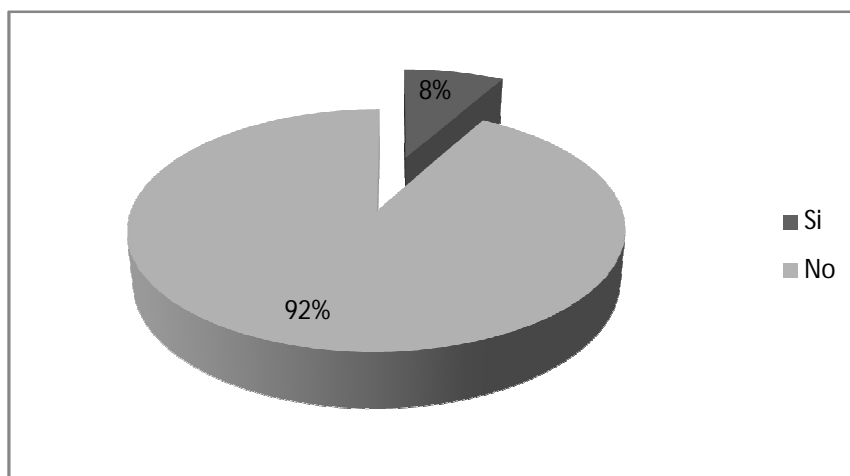
REALIZA TODOS LOS PRINCIPIOS

Realiza todos los principios	Fx	%
Si	4	8%
No	46	92%
Total	50	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

Grafica N° 17

REALIZA TODOS LOS PRINCIPIOS



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del HRGIZ

ANEXO VI
GUIA DE CUIDADOS
PALIATIVOS



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Con estudios incorporados a la UNAM



“GUIA DE CUIDADOS PALIATIVOS “

Presenta: Alpizar Bautista Adriana

Asesor: CD. Díaz Hoffay Juana Laura

ÍNDICE

Índice _____	133
Introducción _____	135
Justificación _____	136
Propósitos _____	137
Objetivos _____	137
Objetivo general _____	137
Objetivo específico _____	137
Definición _____	138
Evidencias y recomendaciones _____	141
1.Introducción a los Cuidados Paliativos aspectos organizativos de los cuidados _____	142
2.Conceptos relevantes _____	144
2.1 Autonomía _____	144
2.2 Calidad de vida _____	144
2.3 Sufrimiento _____	145
2.4 Control de síntomas _____	146
2.5 Predicción de supervivencia en paciente en fase terminal _____	146
3. Abordaje de los síntomas de los cuidados paliativos _____	148
3.1 Anestesia , anorexia – caquexia y deshidratación _____	149
3.2 Deshidratación _____	150
3.3 Tratamiento del dolor _____	150
3.4 Ascitis _____	156
3.5 Convulsiones _____	157
3.6 Hemorragias _____	158
3.7 Control de la disnea _____	159
3.8 Algoritmo del manejo de la disnea _____	161
3.9 Síndrome de la vena cava superior _____	162
3.10 Sospecha clínica de Síndrome de Vena Cava Superior _____	163
3.11 Manejo de síntomas digestivos Cuidados de la boca, mucositis, xerostomía y candidiasis _____	164
3.12 Náuseas y Vómito _____	165
3.13 Estreñimiento _____	166
3.14 Piel y Mucosas _____	166
3.15 Manejo de síntomas urinarios _____	167

3.16 Síntomas patológicos y psiquiátricos depresión _____	167
3.17 Ansiedad _____	168
3.18 Insomnio _____	169
3.19 Delirium _____	170
3.20 Apoyo psicosocial, espiritual, afección a la familia sedación y duelo _____	172
3.21 Sedación paliativa _____	174
3.22 Comunicación efectiva _____	176
4. Organización de los servicios en la atención paliativa _____	178
4.1 Equipo de salud de cuidados paliativos en los 3 niveles _____	179
5 Anexos _____	180
5.1 Anexo 1 Medicamentos utilizados en la atención de Cuidados Paliativos _____	180
5.2 Anexo 2 Tabla de potencias de opioides del instituto PALIA _____	183
5.3 Anexo 3 Algoritmo cuidados paliativos en el primer nivel de atención _____	184
5.4 Anexo 4 Algoritmo cuidados paliativos en el segundo nivel de atención _____	185
5.5 Anexo 5 Algoritmo cuidados paliativos en el tercer nivel de atención _____	186
Glosario _____	187
Bibliografías _____	189

Introducción

Hasta el siglo XIX, el alivio de síntomas fue la tarea principal del tratamiento médico, las enfermedades evolucionaban básicamente siguiendo su historia natural. Durante el siglo XX la medicina cambió de orientación, concentrando sus esfuerzos en descubrir las causas y curas de las enfermedades, el manejo sintomático fue relegado a ser plano e incluso despreciado por la comunidad médica. Es así como no es sorprendente que en la actualidad, la medicina esté orientada fundamentalmente a prolongar las expectativas de vida y la calidad de ésta.

Sin embargo el aumento de la expectativa de vida y la disminución de la tasa de natalidad se ha acompañado de una mayor incidencia de enfermedades crónicas degenerativas en las últimas cuatro décadas. Por otra parte, las enfermedades crónicas son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial. Entre ellas, las principales enfermedades relacionadas con el fallecimiento de la población son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos.

El cáncer es un problema de salud pública. Cada año aproximadamente 9 millones de personas enferman de cáncer en el mundo, 70% de ellos fallece por tal enfermedad. Según la Organización panamericana de la salud (OPS), para el 2020 se espera 840, 000 defunciones por cáncer y otras enfermedades que se encuentran con un mal pronóstico, uno de los aspectos más olvidados es la atención de cuidados paliativos.

Durante la Edad Media los hospicios (hospitales en francés) fueron lugares de acogida para peregrinos, proporcionándoles no sólo alimento y refugio sino también cuidados a los que venían gravemente enfermos o moribundos. En la década de los sesenta se originan, en distintos países pero principalmente en Inglaterra, movimientos que nacieron de la reacción de pacientes graves incurables y de sus familias y que tenían como objetivo mejorar el apoyo a enfermos en fase terminal. El 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.

En México en la década de los 60's surgió la Medicina del Dolor, a partir de entonces se han desarrollado centros especializados en el manejo del mismo así como en las instituciones de salud mexicanas aunadas al compromiso serio de insertar servicios de manejo del dolor en los hospitales del sector salud. La Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos publicada en el diario oficial de la federación el 5 de enero de 2009 adiciona un título VIII BIS brindándole carácter de obligatoriedad.

El constante desarrollo de estas Clínicas del Dolor, sumado a la gran demanda de atención de los enfermos y al incremento de casos de enfermedades oncológicas y otros padecimientos incurables, hace necesario la atención de los cuidados paliativos dentro de los Hospitales como un cuidado integral a pacientes en fase terminal, proporcionado principalmente por personal de enfermería.

Justificación

Los cuidados paliativos son especialmente importantes en los Hospitales, debido a que la mayoría de los casos se encuentran en dicho lugar. Gran porcentaje de pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando ya no es posible la curación pero cuando aún se puede aliviar el sufrimiento empleando intervenciones adecuadas proporcionada por un equipo multidisciplinario los cuales son cuidados que el paciente en etapa terminal lo requiere.

Los cuidados paliativos no deben reservarse únicamente para las últimas etapas de la vida, sino deben aplicarse de manera conjunta al tratamiento curativo, el cual intenta modificar la enfermedad, disminuye síntomas la enfermedad progresa en tanto que el cuidado paliativo se incrementa cuando el paciente se acerca al final de la vida, además los cuidados paliativos deben ser extensivos a la familia aun después de la muerte del paciente.

De lo anterior podemos concluir que la mayor parte de nuestra población pasará por una fase de enfermedad terminal, más o menos prolongada, con una gran demanda en recursos humanos y económicos lo cual representa un reto a nuestros sistemas de salud, además de que la presencia de múltiples síntomas, cambiantes y progresivos tendrán gran impacto sobre el propio paciente, su familia y el equipo asistencial. Por lo que es necesario crear guías de intervención adecuadas a la población mexicana en el ámbito de los Cuidados Paliativos.

Propósito

El propósito de la presente guía de práctica clínica es proporcionar al profesional en salud los elementos más importantes para el abordaje del paciente fuera de expectativa curativa que requiere de cuidados paliativos en los tres niveles de atención.

Objetivos

Objetivo General

Servir como instrumento para mejorar la calidad de atención en salud, de pacientes con padecimientos avanzados, progresivos e incurables con un pronóstico de vida limitado en los tres niveles de atención a la salud.

Objetivos Específicos

- Proporcionar cuidados paliativos en pacientes que requieren cuidados paliativos
- Proporcionar una comunicación efectiva entre el equipo interdisciplinario, y el paciente y su familia.
- Proporcionar estrategias más efectivas para el control del dolor
- Proporcionar estrategias para el manejo de los síntomas, digestivos, respiratorios, neurológicos, genitourinarios, hepatorreñales, psicológicos y psiquiátricos entre otros.
- Contar con capacitación del personal de salud, el cuidador informal y el paciente sobre la importancia de apoyo psicosocial y espiritual para el manejo de la sedación, la agonía y el duelo.

Definición

La O.M.S. define los cuidados paliativos, como “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 el paciente y sus familias. Mediante un cuidado llamados principios de los cuidados paliativos que son mencionados:

1. Apoyo Psicológico y comunicación con el paciente y la familia:

a) Comunicación adecuada y fluida.

Con el paciente: No engañarlo ni generarle falsas esperanzas, pero sí mitigar sus miedos y propiciar esperanzas concretas.

Con la familia: Respetar los mecanismos de negación. Actitud de escucha activa.

2- Cuidados con la higiene:

a) Aseo Bucal

b) Baño diario

c) Limpieza de los ojos

d) Aseo de genitales

e) Acicalamiento (vestirse, peinado, rasurado)

f) Aseo de faneras (uñas)

3- Cuidados con la Piel:

a) Mantener sábanas limpias y estiradas.

b) Baño de aseo diario sin soluciones y cada vez que sea necesario

c) Aplicar cremas corporales haciendo énfasis en las áreas de apoyo.

d) Detectar tempranamente la aparición de lesiones de úlcera por presión.

e) Evitar polvos de talco aplicados directamente sobre la piel.

f) Realizar cambios de posición cada una o dos horas .

g) Aumentar la hidratación oral.

h) Colocar cojines en zonas de prominencias óseas.

i) No dar masajes sobre las zonas enrojecidas

4- 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 del paciente (si necesario).

e) Administrar líquidos para evitar deshidratación y estreñimiento.

f) Estimular en todo momento el acto de la alimentación mediante conversaciones agradables.

5- Alivio del dolor:

a) Apoyar psicológicamente al paciente y familiares en todo momento.

b) Administrar el medicamento indicado para el alivio del dolor.

c) Observar reacciones adversas de los medicamentos administrados y control estricto de estas.

d) Cambios frecuentes de posición que alivien el dolor.

6- Eliminación:

a) Conectar sondaje vesical intermitente o permanente si necesario.

b) Observar características de la orina y cuantificar en cada turno.

c) Observar características de las heces fecales mediante el código de Evacuaciones.

d) Movilizar al paciente si el estado físico lo permite.

7- Confort y Seguridad:

a) Favorecer ambiente adecuado: Aislar al paciente en casos necesarios, evitar ruidos, respetar horarios de descanso.




- b) Establecer prioridades en el tratamiento del paciente.
- c) Proteger al paciente de lesiones y caídas (barandales, fijaciones, eliminación de obstáculos).
- d) Enseñar al paciente y familia de los cuidados para evitar infecciones sobreañadidas.

Evidencias y Recomendaciones

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de guías internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.








Las evidencias y recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se graduaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las guías. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación.








Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía

	Evidencia
	Recomendación
	Punto de buena practica

1. Introducción a los Cuidados Paliativos




Aspectos Organizativos de los Cuidados

Aspectos Organizativos de los Cuidados	
	El enfermo tiene derecho a recibir CP a nivel domiciliario y hospitalario. Los objetivos a nivel organizativo consisten en asegurar que los servicios se otorguen con calidad y calidez y que estén disponibles para todos los pacientes de forma continua y permanente, que exista una coordinación entre los distintos niveles y que se establezcan competencias y criterios claros de derivación.
	Tanto a nivel domiciliario como hospitalario existe evidencia de los beneficios de los CP. A pesar de que los estudios presentan algunos problemas en su diseño, muestran un consistente beneficio en la satisfacción de los cuidadores y un efecto modesto en los resultados sobre los pacientes, dolor, control de síntomas, disminución de la ansiedad).
	Los modelos de CP que se apoyan en los diferentes niveles de atención médica obtienen una mayor satisfacción de los profesionales de salud y una mejoría en el resultado del servicio.
	Se ha mostrado que las redes sociales son una fuente importante de apoyo para los cuidadores de los pacientes con cáncer, se encontró un incremento significativo de las actividades sociales durante el período de tratamiento.
	La revisión para establecer criterios de derivación entre los diferentes niveles de atención concluye que el segundo y tercer nivel pueden otorgar un adecuado tratamiento a casos complejos, si el primer nivel de atención capta los casos no oncológicos, procurando continuidad en los cuidados, incrementando el número de muertes en domicilio y disminuyendo el número de consultas a urgencias.
	No hay evidencia sobre cuál es el mejor modelo organizativo, la mayoría de los programas contemplan varios niveles de atención, dependiendo de la cantidad y diagnóstico de los pacientes. El primer nivel: Debería evaluar las necesidades de los pacientes y responder, de acuerdo a sus capacidades en cuanto a conocimientos, habilidades, competencias y recursos. También saber cuándo derivar a los pacientes a otro nivel de atención.
	El segundo nivel debería proporcionar la atención a pacientes con necesidades más complejas. Realizar pruebas diagnósticas complementarias o tratamientos específicos ante síntomas de difícil control.



	<p>Las intervenciones paliativas deben basarse en las necesidades del enfermo y de su familia más que en un plazo de supervivencia esperada. Todos los PaFEC (Paciente fuera de expectativa curativa) deberían tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención.</p>
	<p>Las Instituciones de Salud deben promover la capacitación de sus profesionales para proporcionar CP básicos, además de la accesibilidad de los cuidados especializados independientemente del nivel de atención.</p>
	<p>Las Instituciones de Salud deberían garantizar la coordinación entre los diferentes servicios y niveles de atención, así como garantizar la continuidad de cuidados, durante las 24 horas, los 365 días del año.</p>
	<p>Los CP deberían ser proporcionados, por un equipo interdisciplinario de acuerdo a su nivel de atención.</p>
	<p>El paciente en situación terminal tiene derecho a recibir atención médica integral cuando lo requiera así como dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado y optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular.</p>
	<p>El equipo multidisciplinario proporcionara los cuidados paliativos desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad y se haya informado al enfermo las opciones que existan de cuidados Paliativos, respetando su decisión y (Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, CAPÍTULO IV Artículo 166 Bis 9) pidiendo el consentimiento informado del enfermo por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal.</p>
	<p>Se sugiere brindar al paciente toda la información de forma clara sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar y así poder solicitar al mismo el consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos. (Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos)</p>

2. Conceptos relevantes






2.1 Autonomía

Autonomía	
	La autonomía del paciente es uno de los cuatro principios básicos de la bioética, base de la deontología médica y clave de una buena práctica en salud, que adquiere relevancia en las decisiones al final de la vida. Es la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente, y en ausencia de coacción interna o externa.
	La autonomía del paciente reconoce que la persona enferma tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Reconoce también que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento.
	La autonomía es la capacidad del paciente de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente, y en ausencia de coacción interna o externa, es uno de los cuatro principios básicos de la bioética, base de la deontología médica y clave de una buena práctica en salud, que adquiere relevancia en las decisiones al final de la vida y en el aprovechamiento de sus capacidades físicas.



2.2 Calidad de vida

Calidad de vida	
	Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Está influida por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno".
	La calidad de vida se centra en aspectos físicos o mentales del paciente, en la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. En la calidad de vida pueden identificarse cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

2.3 Sufrimiento

Sufrimiento	
	El sufrimiento es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación amenazante de la integridad, la importancia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla.
	El cuidador, presenta sufrimiento por factores psicosociales, incertidumbre, el sentimiento de impotencia, el miedo a la muerte del enfermo, la alteración de los roles y estilos de vida, problemas económicos, la pena y el pesar por el deterioro del enfermo, carga económica y los conflictos entre los cuidadores.
	En los profesionales de la salud se presenta el sufrimiento por la exposición constante al sufrimiento del paciente, por la pérdida de pacientes. La frustración, impotencia y el sentimiento de fracaso, la excesiva presión laboral, carencia de recursos, dificultad en la toma de decisiones terapéuticas, dificultades en la comunicación con el enfermo y con sus familiares.
	El sufrimiento es complejo y requiere una evaluación interdisciplinaria para construir una alternativa terapéutica eficaz que dé respuesta a los problemas del paciente y de su familia. Se debe realizar una monitorización y evaluación continúa con objeto de modificar el plan de cuidados según las necesidades del enfermo y de su familia.
	En los profesionales de salud se puede presentar cansancio emocional por exposición constante a experiencias humanas dolorosas, despersonalización, que se manifiesta en la deshumanización del trato como autodefensa inconsciente y pérdida en el nivel de la realización profesional (burnout) lo que afecta la toma de decisiones terapéuticas, la comunicación con el enfermo y con sus familiares.

Control de síntomas

Control de síntomas	
	La valoración de los síntomas debe ser multidisciplinaria, individualizada, continua y adaptada al enfermo y su familia y continua. En el caso de que se opte por el uso de escalas de valoración de síntomas, se recomienda el uso de instrumentos validados
	Un control efectivo de síntomas incluye una valoración personalizada y el tratamiento de cada síntoma; la información al enfermo y a su familia, y la consideración de sus preferencias.

2.5 Predicción de la supervivencia en pacientes en fase terminal

Predicción de la supervivencia en pacientes en fase terminal	
<p>La estimación clínica de la supervivencia en los pacientes en fase terminal es un predictor independiente de la supervivencia real. La experiencia clínica mejora la precisión pronóstica. La estimación es más precisa cuanto menor sea el tiempo de supervivencia y en enfermos con un índice de Karnofsky inferior a 40.</p>	
Valoración funcional de Karnofsky	
Escala	Valoración funcional
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo
0	Fallecido
<ul style="list-style-type: none"> • Permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas. • Es un elemento predictor independiente de mortalidad, tanto en patologías 	

oncológicas y no oncológicas.

- Sirve para la toma de decisiones clínicas y valorar el impacto de un tratamiento y la progresión de la enfermedad del paciente.
- Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes.




La escala Palliative Prognostic Score (PaP score) Es útil en los pacientes con cáncer avanzado, basándose en la función de su probabilidad de supervivencia a los 30 días. Y tiene poco valor en pacientes no oncológicos.

Escala Palliative Prognostic Score (PaP score)







Variable	Puntos
Disnea Presente Ausente	1 0
Anorexia Presente Ausente	1.5 0
Estimación Clínica(semanas) >12 11-12 9-10 7-8 5-6 3-4 1-2	0 2 2.5 2.5 4.5 6 8.5
Índice de Karnofsky ≥30 10-20	0 2.5
Leucocitos totales por mm ³ ≤8500 8501-11000 >11000	0 0.5 1.5
Porcentaje de linfocitos <12 12-19,9 ≥20	2.5 1 0
Grupos de riesgo A (Probabilidad de sobrevivir a 30 días >70%) B (Probabilidad de sobrevivir a 30 días 30-70%) C (Probabilidad de sobrevivir a 30 días	0-5,5 5,6-11 11,1-17,5

<30%)	
<p>Para la estimación de la supervivencia en pacientes en fase terminal, se recomienda la impresión clínica y tener en cuenta la presencia de factores pronósticos, el estado funcional (Karnofsky) o la escala pronóstica PaP (Palliative Prognostic Score). Esta última se recomienda en oncología, ya que no ha sido validada en otros ámbitos.</p>	




3. Abordaje de lo síntomas en cuidados paliativos

Abordaje de lo síntomas en cuidados paliativos	
	<p>A nivel mundial, los centros especializados en cuidados paliativos en los diferentes niveles de atención constan de equipos interdisciplinarios, capacitados, que dependen de los recursos disponibles y asignados para brindar la mejor atención al paciente y su familia.</p>
	<p>Se propone implementar y adaptar dicho modelo en los tres niveles de atención en el sector salud.</p>
	<p>El ingreso a las unidades de cuidados paliativos debe ir precedido de la firma del consentimiento informado y seguir la Norma Oficial del Expediente Clínico.</p>





3.1 Anestesia, anorexia – caquexia y deshidratación









Anestesia, anorexia – caquexia	
	Se entiende por astenia el estado que incluye cansancio ante mínimos esfuerzos, disminución de la capacidad funcional, sensación de debilidad definida como la sensación anticipada de incapacidad de iniciar cualquier actividad, disminución de la capacidad de concentración, alteración de la memoria y labilidad emocional. La astenia es el síntoma más frecuente en CP; puede presentarse hasta en el 90% de los casos. Son muchos los factores implicados y pueden aparecer en diferentes momentos en un mismo paciente
	La anorexia, definida como falta de apetito, y la pérdida de peso pueden acompañar a la astenia en estos pacientes. La caquexia es el cuadro de desnutrición y pérdida de peso que puede asociarse a la astenia, sobre todo en la fase final del paciente en CP.
	La evaluación inicial por parte del equipo ante un paciente con astenia, anorexia-caquexia incluye la identificación y, si es posible, el tratamiento de las causas desencadenantes; el consejo sobre actividades diarias; reposo y sueño adaptados a cada situación, y una exploración de las expectativas y creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores.
	La astenia puede tener un componente subjetivo individual muy importante. Es necesario que el equipo tenga en cuenta que cada paciente precisa adaptar sus actividades a su nueva situación. Una correcta comunicación, apoyo y consejo por parte del equipo puede reducir la carga que supone la disminución de la capacidad funcional para el paciente y sus cuidadores.
	Los corticoides son eficaces en el tratamiento de la astenia y anorexia en pacientes en CP
	Es importante reconocer que la astenia, anorexia caquexia, constituye un gran problema de confort para el mayor número de enfermos en fase avanzada.








3.2 Deshidratación

Deshidratación	
	La vía oral es de elección para el aporte de líquidos; siempre que se pueda debe evitarse el uso de la vía parenteral
	La administración de líquidos por vía parenteral requiere una valoración individualizada, sopesando ventajas e inconvenientes. Esta valoración debería incluir las expectativas sobre la administración de fluidos del paciente y su familia.
	Si se opta por la rehidratación parenteral, puede considerarse en primer lugar la vía subcutánea, siempre que se cuente con los medios necesarios y personal preparado. En caso de imposibilidad de las vías SC y endovenosa, puede considerarse el uso de la vía Rectal.

3.3 Tratamiento del dolor

Tratamiento del dolor	
	La valoración del dolor requiere una evaluación multidisciplinaria, determinando la causa y medir la intensidad.
	En los pacientes oncológicos con dolor, este puede estar provocado por el cáncer (78%), por los tratamientos de cáncer (19%) y por causas ajenas al cáncer y su tratamiento (3%).
	Con la escalera analgésica de la OMS se logra un control adecuado del dolor entre el 45% y el 100 % de los pacientes en etapa terminal.
	En el primer escalón de la escalera analgésica, se indican AINE, preferentemente para el tratamiento del dolor de leve a moderado en el paciente que no ha recibido opioides. Los AINE limitan su utilización por la gastropatía y nefropatía asociadas con su uso prolongado (en mayores de 65 años, en historias de úlcera y en uso concomitante de corticoides).

	<p>El segundo escalón de la escalera analgésica. Los opioides de este nivel están indicados en pacientes con dolores de leves a moderados y en general, antes de decidir el uso de agonistas puros más potentes.</p>
	<p>En el tercer escalón de la escalera analgésica. La Morfina ha constituido la primera línea de tratamiento por vía oral o subcutánea, por ser un fármaco de fácil titulación debido a sus cuatro horas de promedio de vida activa, prolongables hasta el doble en los pacientes geriátricos.</p>
	<p>Los fármacos coadyuvantes son eficaces en el tratamiento del dolor, en los pacientes en Cuidados paliativos.</p>
	<p>Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), anticonvulsivantes (carbamazepina, gabapentina, pregabalina) y los opioides son eficaces en el alivio del dolor neuropático.</p>
	<p>Calcitonina no mejora el dolor ni la morbilidad asociada a las metástasis óseas. La radioterapia es eficaz en el alivio del dolor y la morbilidad asociada a las metástasis cerebrales.</p>
	<p>Existe evidencia controvertida y escasa sobre la efectividad de las terapias alternativas en el tratamiento del dolor en cuidados paliativos.</p>
	<p>El dolor es una experiencia multidimensional que requiere una evaluación multidimensional</p>
	<p>En la atención al dolor en Cuidados Paliativos se recomienda realizar una evaluación integral, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.</p>

	<p>El equipo interdisciplinario que trata el dolor en Cuidados Paliativos debería capacitar al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas.</p>
	<p>Las escalas para medir la intensidad del dolor son las herramientas más prácticas y sencillas para la autoevaluación.</p>
	<p>En el tratamiento farmacológico del dolor, se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.</p>
	<p>La evaluación del dolor y la eficacia del tratamiento debe ser continua y requiere ser documentada, efectuarse a intervalos regulares y después de iniciar el tratamiento, se debe instruir a los pacientes para informar sobre algún cambio en las características del dolor para permitir así una reevaluación apropiada y la consiguiente modificación en el tratamiento.</p>
	<p>Se debe tener cuidado con uso excesivo de opioides en el paciente que está experimentando un delirium o somatización.</p>
	<p>La administración de analgésicos debe ser gradual, monitorizada e individualizada.</p>
	<p>No se debe infravalorar el dolor de un paciente, es decir, debemos creer en el paciente. La evaluación del manejo multimodal del dolor debe ser efectuada por un profesional en el área, con adecuación a las circunstancias de salud del paciente y los recursos existentes. Se recomienda el uso de un laxante, siempre que se indique el uso de un opioide. En nuestro país una de las prácticas más comunes en el manejo del dolor intratable en cáncer es el intervencionismo de mínima invasión, efectuado por Anestesiólogos Algólogos</p>

Para valorar el dolor, se recomienda el uso de escalas validadas como la Escala Visual Análoga (EVA) o el Cuestionario Breve del Dolor

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

La Escala numérica (EN) es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

La Escala categórica (EC) se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.

0	4	6	10
Nada	Poco	Bástate	Mucho

Escala visual analógica de intensidad: Consiste en una línea recta horizontal, de 10 cm de longitud, donde los extremos marcan la severidad del dolor. Al extremo izquierdo aparece la ausencia de dolor y en el derecho se refleja el mayor dolor imaginable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Insoportable

Escala visual analógica de mejora: Consiste en la misma línea recta donde en el extremo izquierdo aparece la no mejora y en el derecho la mejora completa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No mejora										Mejora

Cuestionario breve del dolor (CBD)

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que más le duele.

Delante Detrás

Derecha Izquierda, Izquierda Derecha

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor

dolor imaginable

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor

dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *media* de su dolor.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor

dolor imaginable

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor *ahora mismo*.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor

dolor imaginable

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej, caminar, estar de pie, levantar algo)?

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

Ningún 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Alivio alivio total

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

1. La medicación para el dolor no me ayuda nada 5. 4h

2. 1h 6. De 5 a 12h

3. 2h 7. Más de 12h

4. 3h 8. No tomo medicación para el dolor

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas.

Creo que mi dolor es debido a:

Sí No A. Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)

Sí No B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)

Sí No C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej, artrosis)

Por favor, describa esta situación:

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor.

Dolorido/continuo Sí No Mortificante (calambre) Sí No

Palpitante Sí No Agudo Sí No






Irradiante Sí No Sensible Sí No

Punzante Sí No Quemante Sí No
 Agotador Sí No
 Fatigoso (pesado) Sí No Entumecido (adormecido) Sí No
 Penetrante Sí No Penoso Sí No
 Persistente Sí No Insoportable Sí No
 13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.
 A. Actividades en general
 No me 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado
 ha afectado por completo
 B. Estado de ánimo
 No me 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado
 ha afectado por completo
 C. Capacidad de caminar
 No me 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado
 ha afectado por completo
 D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)
 No me 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado
 ha afectado por completo
 E. Relaciones con otras personas
 No me 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado
 ha afectado por completo
 F. Sueño
 No me 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado
 ha afectado por completo
 G. Disfrutar de la vida
 No me 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado
 ha afectado por completo
 14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor:
 1. De forma regular
 2. Sólo cuando lo necesito
 3. No tomo medicación para el dolor
 15. Tomo mi medicación para el dolor (en un período de un día):
 1. No todos los días 4. 5 a 6 veces al día
 2. 1 a 2 veces al día 5. Más de 6 veces al día
 3. 3 a 4 veces al día
 16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?
 1. Sí 2. No 3. No lo sé
 17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?
 1. Sí 2. No 3. No lo sé
 18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?
 1. Sí 2. No 3. No lo sé
 Si la respuesta es «sí», ¿por qué?






19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?
 1. Sí 2. No
 ¿Qué efectos secundarios?


20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?
 1. Sí 2. No
 21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique):
 Compresas calientes Compresas frías Técnicas de relajación
 Distracción *Biofeedback* Hipnosis
 Otros Por favor, especifique _____
 22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:

3.4 Ascitis





Ascitis	
	La ascitis puede presentarse entre un 15% y un 50% de los pacientes con cáncer. Es mucho más frecuente en determinados tipos de tumores, como el de pulmón, ginecológico, de páncreas o colon. Hasta un 20% de los casos lo son por neoplasia desconocida.
	La paracentesis, diuréticos y derivaciones peritoneo-venosas alivian los síntomas producidos por la ascitis.
	En caso de ascitis maligna que precise tratamiento sintomático puede utilizarse la paracentesis.
	Puede plantearse el tratamiento con diuréticos en casos muy seleccionados en los que se sospeche la presencia de niveles de renina elevados, y en ascitis por cirrosis avanzada.
	Es altamente recomendable que el paciente con ascitis maligna, sea monitoreado a menudo ya que los grandes volúmenes de líquido en abdomen, producen síntomas asociados a la misma, que desmerecen la calidad de vida.

3.5 Convulsiones







Convulsiones	
	<p>Una convulsión es un episodio de contracciones musculares involuntarias generalizadas. El estatus epiléptico se define como una crisis que dura más de 30 minutos o la sucesión de dos o más crisis sin recuperar completamente la conciencia. Sin embargo, se debe tratar activamente una crisis a partir de cinco minutos de duración.</p> <p>En los pacientes oncológicos, las convulsiones pueden deberse a diversos factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumores cerebrales primarios y metástasis cerebrales. • Quimioterapia: especialmente si es a dosis altas o en insuficiencia hepática o renal. • Trastornos metabólicos. • Síndromes paraneoplásicos. • Complicaciones cerebrovasculares (trombosis de senos venosos, hemorragias cerebrales). • Infecciones del SNC. • Radioterapia craneal (encefalopatía aguda por radiación y necrosis diferida).
	<p>El tratamiento de una crisis convulsiva en un paciente paliativo es igual que en otro paciente cualquiera. En la mayoría de los casos, una crisis epiléptica se resuelve espontáneamente en segundos o minutos. Sin embargo, si se prolonga, precisará atención urgente. Ante una crisis convulsiva de comienzo reciente, el objetivo es minimizar la posibilidad de lesiones. Para ello, los allegados del paciente deben ser educados acerca de cómo actuar.</p>
	<p>La profilaxis anticonvulsiva no es eficaz en la prevención primaria de convulsiones en los pacientes con neoplasias cerebrales</p>
	<p>En caso de precisarse tratamiento para prevenir nuevas crisis, la elección del tratamiento tiene que realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta los tipos de crisis; la experiencia de uso; los efectos secundarios; y la posibilidad de interacciones farmacológicas, incluida la quimioterapia.</p>
	<p>Diazepam intravenoso o vía rectal y midazolam subcutáneo son eficaces en el control de las crisis convulsivas.</p>



	<p>Se recomienda que el paciente que padece crisis convulsivas, siempre se encuentre acompañado</p>
---	---

3.6 Hemorragias

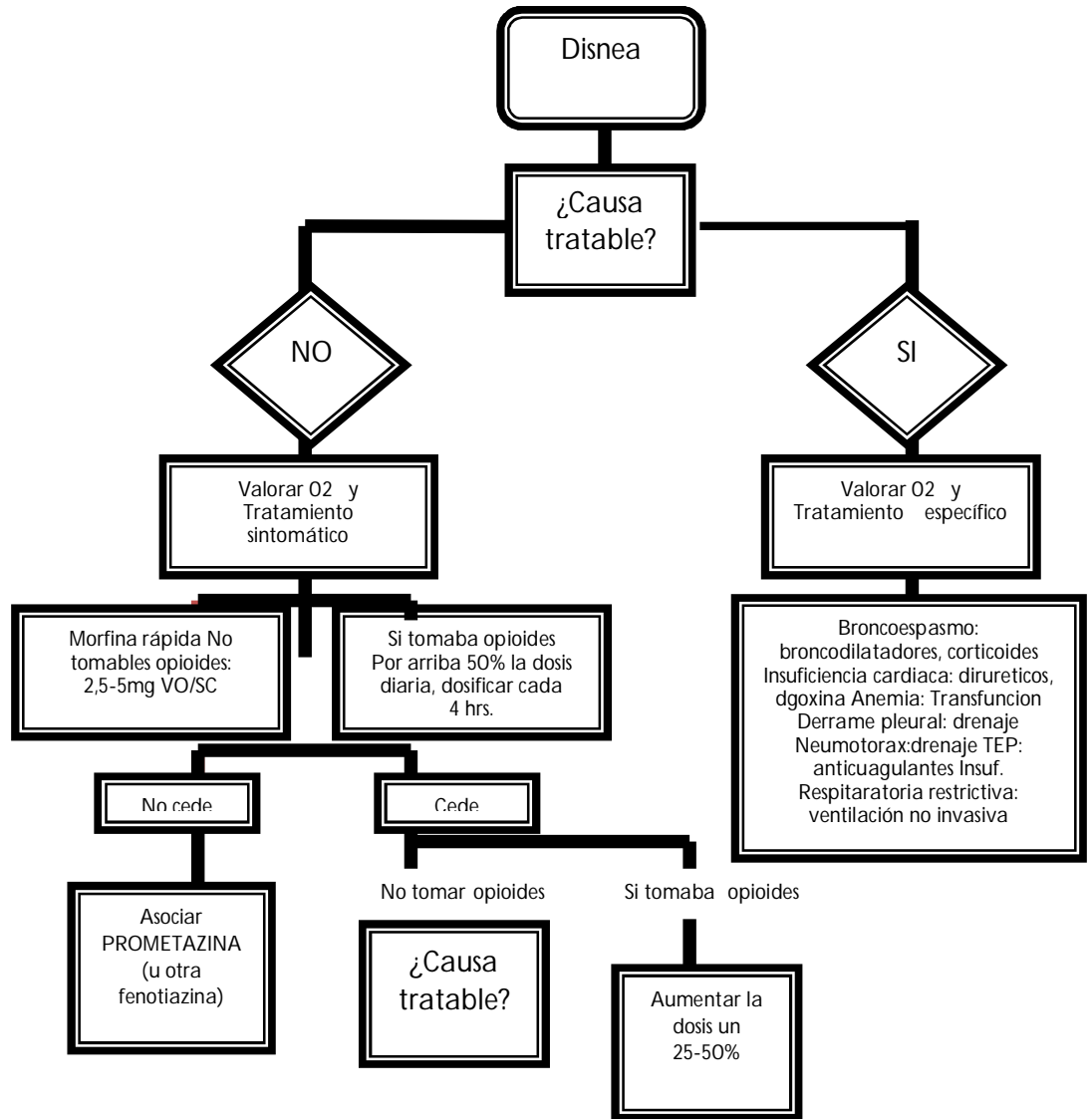
Hemorragias	
	<p>Existen pacientes que tienen episodios de sangrado clínicamente significativo, que puede manifestarse de maneras diversas: hematemesis, melena, hemoptisis, hematuria, epistaxis, sangrado vaginal o úlcera cutánea sangrante, entre otras. Es importante identificar a los pacientes con riesgo hemorrágico elevado, especialmente aquellos con posibilidad de sufrir un sangrado masivo, como los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y los que tienen una mala situación funcional o mal pronóstico previo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones cerebrovasculares (trombosis de senos venosos, hemorragias cerebrales). • Infecciones del SNC. • Radioterapia craneal (encefalopatía aguda por radiación y necrosis diferida).
	<p>La hemorragia puede ser debida a una causa anatómica local, como el daño vascular producido por la invasión tumoral, o ser consecuencia de un proceso sistémico, como la infiltración de la médula ósea, la acción de ciertos fármacos o la insuficiencia hepática.</p>
	<p>El tratamiento de los episodios debe ser individualizado y depende de diversos factores, como la posibilidad de reversión o control de la causa del sangrado, la existencia de episodios previos y su respuesta al tratamiento recibido, la situación clínica actual y el pronóstico vital del paciente, además de sus valores y preferencias</p>
	<p>Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Disponer en la cabecera del paciente una palangana y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre. b) Colocar al paciente en decúbito lateral y semifowler en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento. c) Preparar una jeringa precargada con midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg. administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea se facilitará el procedimiento si se deja insertada previamente una mariposa, que podría repetirse en caso necesario.

3.7 Control de síntomas respiratorios disnea





Control de síntomas respiratorios disnea	
	La disnea se define como una experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad. Su prevalencia en pacientes bajo CP es elevada; puede alcanzar el 85% en los pacientes con ICC y más del 90% entre los pacientes con EPOC.
	Se deben tratar las causas reversibles de la disnea que tienen tratamiento específico, como la insuficiencia cardíaca, la exacerbación de la EPOC y el asma, el broncoespasmo, las arritmias cardíacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior.
	En muchas ocasiones, el uso de broncodilatadores mejora la disnea del paciente con obstrucción reversible de la vía aérea.
	Los estudios con relación a la efectividad del uso de oxígeno para mejorar la disnea en reposo y la de esfuerzo no son concluyentes.
	La ventilación no invasiva puede mejorar los síntomas, prolongar la supervivencia, mejorar la calidad de vida en pacientes con disnea cuya causa sean las enfermedades neurológicas motoras en estadios avanzados.
	Se debe evaluar que la respuesta individual del paciente para valorar la continuidad del manejo con oxígeno

	<p>Tratamiento sintomático: se sustenta en tres medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapia • Terapia farmacológica • Medidas generales de apoyo • Acompañamiento permanente • Ambiente ventilado • Terapia de relajación 	
	<p>Identificar las causas reversibles con tratamiento específico aun en pacientes terminales Evitar la intubación para la ventilación mecánica del paciente.</p>	
<p>Identificar las causas susceptibles de tratamiento específico contra las que requieren de tratamiento sintomático. Evaluación con escala Edmonton Symptom Assessment System ESAS</p> <p>Listado de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, 1 semana), según la condición del paciente. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.</p>		
<p>Sistema de evaluación de síntoma de Edmonton</p>		
Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

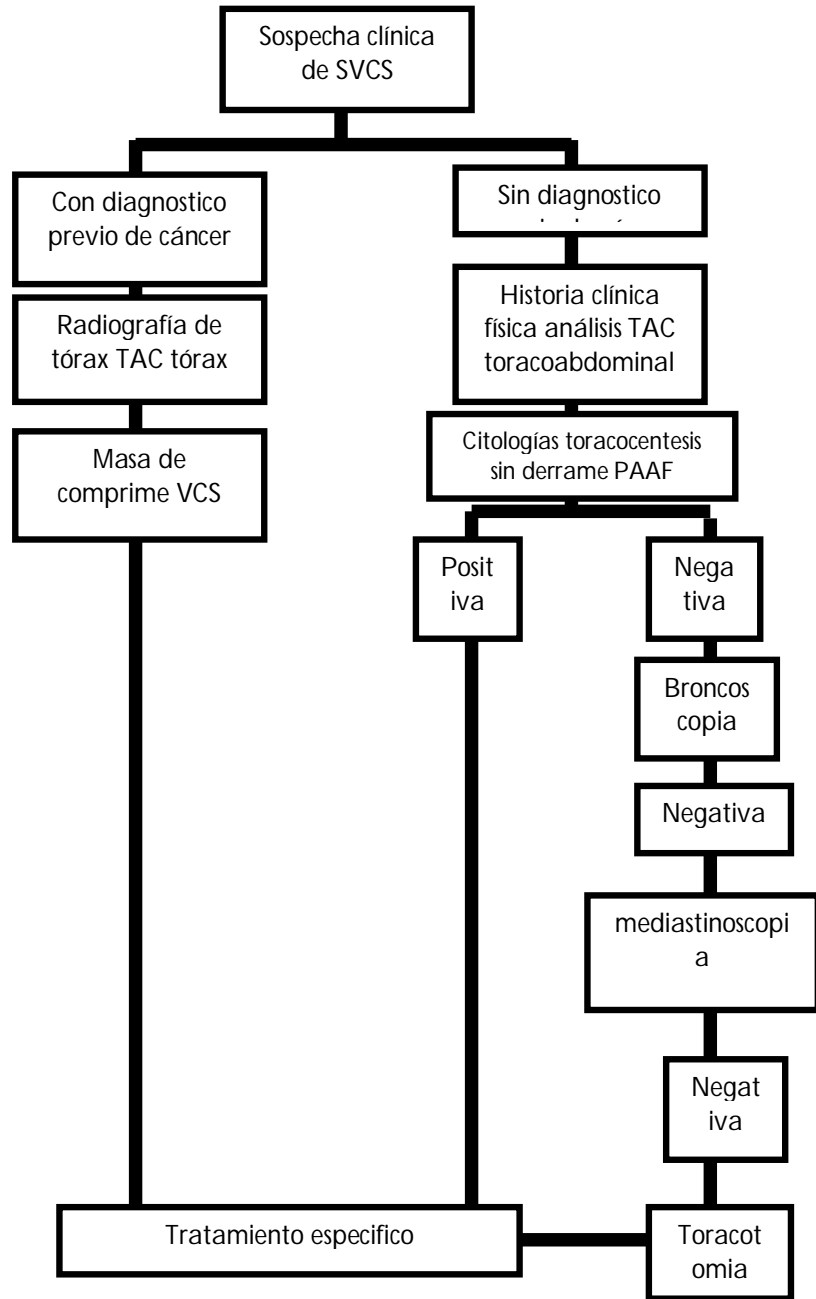
3.8 Algoritmo Tratamiento de la disnea e el paciente en cuidados paliativos



3.9 Síndrome de la vena cava superior





Síndrome de la vena cava superior	
	El síndrome de vena cava superior (SVCS) está constituido por un conjunto de síntomas y signos derivados de la obstrucción parcial o total del retorno venoso de la vena cava superior
	El signo de Botermann consiste en el aumento de la cianosis, del edema facial y de la congestión cefálica cuando se elevan los brazos por encima de la cabeza Además de la sospecha clínica del SVCS suelen ser necesarias las siguientes pruebas complementarias 1. Gasometría arterial: para valorar el grado de insuficiencia respiratoria. 2. Radiografía de tórax: en el 80-90% de los casos puede objetivarse una anomalía. En muchas ocasiones se objetiva un ensanchamiento mediastinal
	Las medidas generales para conseguir alivio sintomático. 1. Elevación de la cabecera de la cama a 45-90° para disminuir la presión venosa. 2. Oxigenoterapia a alto flujo. 3. Diuréticos para reducir el edema. 4. Corticoides, cuyo uso está extendido a pesar de ser controvertido. Pueden producir una disminución del componente inflamatorio asociado al tumor y son especialmente útiles en el caso de SVCS secundario a un linfoma.
	Es altamente recomendable que a pacientes susceptibles de desarrollar SVCS, sean monitoreados con radiografías de tórax, examen clínico, pruebas respiratorias y gases arteriales.

3.10 Sospecha clínica de Síndrome de Vena Cava Superior







3.11 Manejo de síntomas digestivos

Cuidados de la boca, mucositis, xerostomía y candidiasis





Manejo de síntomas digestivos Cuidados de la boca, mucositis, xerostomía y candidiasis		
	Los cuidados de la boca son muy importantes en el paciente que se encuentra en cuidados paliativos. Se deben tratar de prevenir los problemas orales por medio de una buena higiene e hidratación para una correcta alimentación y comunicación del paciente.	
	<p>Propósito de una buena higiene oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener labios y mucosa oral limpios • Eliminar la placa y los restos • Prevenir infección oral, enfermedad periodontal, caries y halitosis • Aliviar el dolor y el malestar y mantener la ingesta oral • Minimizar el malestar psicológico y el aislamiento y fomentar la comunicación familiar • Mantener la dignidad del paciente 	
	La mucositis es una reacción inflamatoria que se manifiesta en forma de eritema o ulceraciones y puede acompañarse de xerostomía y cambios en el sentido del gusto. Afecta la calidad de vida de los pacientes y prolonga la estancia hospitalaria e interfiere con la administración de los tratamientos.	
	La xerostomía es la sensación subjetiva de boca seca que no siempre se acompaña de una disminución detectable de la producción de saliva.	
Alteraciones de la cavidad oral		
Síntoma	Definición	Tratamiento
Xerostomía	Sensación subjetiva e boca seca que no siempre se acompaña de una causa detectable de problemas en la salivación	<ul style="list-style-type: none"> • Correcta Higiene de la boca • Uso de estimuladores o sustitutos de saliva (piña, hielo frappé, té de manzanilla con gotas de limón)
Mucositis	Reacción inflamatoria que se manifiesta como eritema o ulceraciones; puede acompañarse de xerostomía, candidiasis y cambios en el sentido	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento no farmacológico: aseo adecuado de la cavidad oral. • Tratamiento farmacológico: pasta

	del gusto	dental con antibióticos, bencidamina, fosfato de calcio, povidona, sulfato de zinc, colutorios magistrales, fluconazol, <ul style="list-style-type: none"> • Ketoconazol, intraconazol, clotrimazol y nistatina
Disfagia	Dolor a la deglución.	Depende de la causa subyacente. Medidas generales de hidratación y dieta blanda.



3.12 Nauseas y Vomito

Nauseas y Vomito	
	La evidencia sobre los vómitos anticipatorios es escasa. Se ha localizado una revisión reciente. Se sabe que la incidencia e intensidad de los vómitos en el tratamiento inicial determinan la aparición del fenómeno, por lo que una profilaxis correcta puede disminuir su aparición. Los pacientes menores de 50 años, la disfunción familiar y los trastornos emocionales previos son también factores de riesgo. Existe evidencia consistente sobre la eficacia de la psicoterapia con técnicas conductuales (desensibilización sistemática) o de relajación, lo que obliga a disponer de personal especializado. Existen algunos ensayos clínicos con un número reducido de pacientes en los que las benzodiazepinas (alprazolam 0,5-2 mg/día y lorazepam), añadidas al tratamiento antiemético y al apoyo psicológico, mejoraron los vómitos.
	Identificar causas que requieren manejo específico y causas que requieren manejo sintomático.
	El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en FFV requiere una valoración cuidadosa de la etiología y factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.
	Es altamente recomendable que a pacientes susceptibles de desarrollar SVCS, sean monitoreados con radiografías de tórax, examen clínico, pruebas respiratorias y gases arteriales.




3.13 Estreñimiento

Estreñimiento	
	Las pautas de tratamiento utilizadas en la población general referidas a la alimentación y al ejercicio físico son de difícil aplicación en los CP, por lo que la utilización de laxantes es una necesidad casi Obligada
	Se recomienda el uso de laxantes junto a una dieta adecuada (fibra e hidratación suficiente.)
	El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en FFV requiere una valoración cuidadosa de la etiología y factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.
	Es altamente recomendable que a pacientes susceptibles de desarrollar SVCS, sean monitoreados con radiografías de tórax, examen clínico, pruebas respiratorias y gases arteriales.

3.14 Piel y Mucosas




Piel y Mucosas	
	El origen de lesiones es multifactorial: inflamación de la piel, úlceras por decúbito, embolización tumoral, extensión local de tumores malignos, infección secundaria de las lesiones.
	Es importante considerar las medidas de prevención de úlceras por decúbito: movilización frecuente (cada 2 horas), lubricación adecuada de la piel, protección de salientes óseas, uso de colchón de agua, aseo diario, especialmente de la zona genital, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza y lubricación.


3.15 Manejo de síntomas urinarios

Manejo de síntomas urinarios	
	Tenesmo vesical: es el dolor que se presenta en el área hipogástrica, acompañado de la sensación de micción incompleta, puede asociarse a otros síntomas; polaquiuria, disuria, nicturia y urgencia urinaria, puede presentarse retención o incontinencia.
	La evidencia para el manejo del tenesmo vesical se basa solo en consenso de expertos. El tratamiento no farmacológico consiste en insistir sobre hábitos regulares de micción, ingesta adecuada de líquidos
	Los fármacos que pueden utilizarse para el tratamiento del tenesmo vesical en CP, son los anticolinérgicos, antiespasmódicos, AINE, corticoides y anestésicos locales






3.16 Síntomas psicológicos y psiquiátricos

Depresión






Síntomas psicológicos y psiquiátricos Depresión	
	Se presenta del 3 al 82% de los pacientes dependiendo de la enfermedad de base y del estado de progreso de la misma. Cualquier evento aversivo puede alterar los neuro circuitos que regulan la emoción y al mismo tiempo disminuye la tolerancia al dolor
	Las terapias no farmacológicas son eficaces en la depresión leve a moderada de los pacientes en CP
	Los antidepresivos tricíclicos y los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina(ISRS) son eficaces en el tratamiento de la depresión en el paciente en CP

	Considerar las intervenciones psicosociales, incluida la psicoterapia por el personal del equipo que le atiende, y si el caso lo requiere, por personal especializado
---	---




3.17 Ansiedad

Ansiedad	
	<p>La ansiedad es un estado de malestar caracterizado por la presencia de síntomas somáticos, conductuales, cognitivos y emocionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somáticos: tensión muscular, temblor, disnea, palpitaciones, inestabilidad, sudoración anormal, diarrea, etc. • Conductuales: irritabilidad, inquietud, etc. • Cognitivos: pensamientos negativos, miedo o preocupación por el futuro.
	Se presenta del 13 al 82% de los pacientes dependiendo de la enfermedad de base y del estado de progreso de la misma. Puede estar presente antes del diagnóstico, se exacerba con la pérdida de autonomía. Se relaciona con mala calidad de vida y mayor malestar relacionado a síntomas somáticos, así como mayor uso de fármacos.
	El tratamiento de la ansiedad requiere una evaluación individual del paciente en CP, considerar las causas desencadenantes, tratamientos asociados y las preferencias del paciente.
	<p>El tratamiento depende de la causa, la forma de presentación y el contexto en que se produce la consulta</p> <p>Tratamiento no farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de problemas físicos de base y suspensión de los medicamentos implicados. • Entrega escalonada de las malas noticias. • Descartar depresión mayor. • Psicoterapia de apoyo y terapia cognitivo conductual. • Técnicas de relajación.
	La valoración y tratamiento farmacológico debe ser realizada por un médico PSIQUIATRA debido a las presencia de efectos secundarios importantes para el paciente teniendo en cuenta los más comunes.

3.18 Insomnio

Insomnio	
	El insomnio es un trastorno heterogéneo que incluye la dificultad en la conciliación del sueño (insomnio inicial), en el mantenimiento (insomnio intermedio), el despertar demasiado temprano (insomnio tardío), y el sueño no reparador.
	El sueño está alterado en el 50% o más de los pacientes en fase terminal y puede llegar hasta el 70%, dependiendo de la enfermedad de base.
	El insomnio puede aparecer como reflejo de las complejas reacciones psicológicas que tienen lugar en personas que se encuentran en la FFV, por un control deficiente de los síntomas, o como consecuencia de los tratamientos
	Antes de determinar el tratamiento más adecuado es necesario indagar sobre 1) Molestias físicas que le dificulten el sueño 2) Fármacos que pueden alterar el sueño 3) Factores psicológicos: preocupaciones, ansiedad, depresión y otros que le dificulten dormir al paciente.
	Corregir los factores etiológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Higiene del sueño. • Técnicas de relajación • Tratamiento farmacológico • Abordaje psicoterapéutico de los sentimientos que se se acentúan durante la noche
Higiene del sueño	
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener en lo posible un horario regular, sobre todo el despertar de la mañana. • Evitar tiempos innecesarios en la cama durante el día. • Dormir la siesta sólo cuando sea necesaria, evitando la última hora de la tarde si es posible. • Llevar un horario con actividades durante el día. • Minimizar las interrupciones del sueño durante la noche: ruidos, medicación, etc. • Eliminar estímulos desagradables, tanto a la vista como al tacto, al oído o al olfato. • Identificar antes de acostarse problemas o asuntos que le han preocupado durante el día, tratando de abordarlos con un enfoque activo de resolución. • Evitar medicaciones estimulantes u otras sustancias (cafeína, nicotina) sobre todo en las horas previas a acostarse. • Mantener un adecuado alivio del dolor durante la noche, preferentemente con analgésicos de vida media larga. • Usar la medicación adecuada tras la evaluación del insomnio. 	

3.19 Delirium

Delirium	
	<p>Delirium: se define como un estado confesional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa.</p> <p>Es el problema más frecuente en los pacientes en la fase final de la vida (FFV) 28 al 83% y puede estar presente hasta en el 90% de los pacientes durante sus últimos días.</p> <p>Está asociado con incremento de la morbilidad y mortalidad</p>
	<p>La intensidad es variable, algunas formas leves que se manifiestan como intranquilidad o dificultad para conciliar el sueño, pueden pasar desapercibidas, ya que los síntomas se atribuyen a cualquier otra circunstancia del paciente.</p>
	<p>Entre los instrumentos que pueden ayudar al diagnóstico se encuentra el Confusion Assessment Method (CAM), especialmente en su forma reducida de cuatro criterios, es un instrumento validado y simple de detección de delirium.</p>

Diferencias entre Delirium, Demencia, Depresión y Psicosis

Características	Delirium	Demencia	Depresión	Psicosis
Presentación de la enfermedad	Agudo	Insidioso	Variable	Variable
Curso de la enfermedad	Rápido y fluctuante	Lenta constante y progresiva	La intensidad varia a lo largo del día	Variable
Reversibilidad	Algunas veces	No reversible	Reversible	Variable
Nivel de conciencia y orientación	Desorientado	Lúcido hasta las últimas etapas	Generalmente normal	Intacta aunque en lagunas modalidades el paciente se muestra indiferente al medio
Atención memoria y cognición	Problemas en la memoria a corto plazo. Problemas para enfocar la atención	Problemas en la memoria a corto plazo. Con problemas en la atención y Concentración deterioro	La atención es pobre. Memoria intacta	La atención es pobre. Memoria intacta

		cognitivo global		
Síntomas psicóticos	Ideación psicótica breve y NO elaborada (alucinaciones e ilusiones)	Poco frecuentes	Ideación elaborada relacionada al ánimo depresivo	Ideación es elaborada y puede haber contenido paranoide
EEG	Variación del 80 al 90% de los casos	Variación del 80 al 90% de los casos	Normal	Normal

ESCALA CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) - Método de evaluación de confusión







. Comienzo agudo y curso fluctuante
 ¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente?
 ¿La conducta anormal es durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable?




2. Desatención
 ¿Tuvo el paciente dificultad en enfocar la atención, por ejemplo estuvo distraído o perdió en algún momento el hilo de lo que estaba diciendo?

3. Pensamiento desorganizado
 ¿Tuvo el paciente pensamientos incoherentes, o mantuvo una conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras; o inexplicablemente cambió de tema de conversación?







4. Alteración de conciencia
 Observando al paciente, se considera normal al estado ALERTA.
 Estados anormales:
 VIGILANTE (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales)
 SOMNOLIENTO (Fácilmente de despertar)
 ESTUPOROSO (Difícil de despertar)
 COMA (Imposible de despertar)
 DELIRIUM: características 1 y 2, y características 3 ó 4.




3.20 Apoyo psicosocial, espiritual, atención a la familia, sedación y duelo

Apoyo psicosocial, espiritual, atención a la familia, sedación y duelo	
	La mayoría de las personas afrontan de forma efectiva el duelo, del 10%-20% de las personas tienen dificultades en el proceso de adaptación.
	El 70% de las personas que enfrentan pérdidas significativas cursan adaptativamente y no requieren atención profesional especializada. El 30% es muy vulnerable y puede requerir atención especializada.
	La valoración de los factores de riesgo implica cuatro categorías de información: a) Características de la enfermedad, de los CP y de la naturaleza de la muerte b) Características del doliente, edad, rasgos dependientes, estructura vulnerable de personalidad c) Relaciones interpersonales, búsqueda de apoyo y comunicación efectiva y afectiva d) Características del fallecido
	En el duelo normal no es eficaz la intervención, incluso pueden ser perjudicial; en duelo de riesgo puede haber un cierto beneficio; y en duelo complicado es eficaz.
	Las intervenciones evaluadas en los distintos estudios son muy variables, pero la evidencia actual no permite concluir cuál es la terapia más eficaz, excepto el apoyo psicológico en el duelo en niños y adolescentes y en el duelo de riesgo, las terapias de orientación psicodinámicas y cognitivoconductuales en el duelo complicado, y la psicoterapia junto con antidepresivos en la depresión asociada al duelo.
	La identificación del riesgo de duelo complicado debería realizarse con base en: a) Los factores de riesgo b) El juicio clínico c) La información acerca del entorno familiar






	<p>No se recomiendan las intervenciones formales o estructuradas en el duelo normal.</p> <p>En el duelo normal se recomienda proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, y apoyo emocional básico</p> <p>En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas.</p>
	<p>Se recomienda derivar a psicología y psiquiatría a las personas con duelo complicado.</p> <p>Los profesionales que atienden a los PaFEC y a sus familiares deberían tener una capacitación en duelo que contemple cuidados básicos a los dolientes y permita detectar a las personas con duelo complicado y derivarlas.</p>
	<p>Proporcionar información acerca del duelo y los recursos disponibles.</p> <p>Antes de la muerte:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Instruir a la familia para que pueda dar medidas de confort al paciente -Asegurar que la familia pueda tener acceso a grupos de apoyo o especialistas en salud mental -Animar a la familia a hablar con su paciente aun si este no puede escucharlos -Favorecer que paciente y familia puedan despedirse <p>Después de la muerte:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sugerir uso de técnicas de distracción o alto al pensamiento para combatir pensamientos intrusivos sobre la muerte o la persona fallecida. -Alentar a la familia a hablar sobre sus miedos y preocupaciones. - Resolución de problemas, entrenamiento en toma de decisiones - Técnicas de relajación para situaciones de ansiedad o insomnio. - Reestructuración cognitiva, entrenamiento en afrontamiento de situaciones nuevas. - En duelos complicado: Se realizarán intervenciones psicoterapéuticas específicas y se establecerá un diagnóstico diferencial entre duelo y depresión mayor y/o el uso apropiado de psicofármacos si se requiere

3.21 Sedación paliativa

Sedación paliativa	
	<p>Cuando el dolor u otro síntoma llegan a ser intratables a pesar de los esfuerzos de su manejo, la sedación paliativa es un recurso que debe utilizarse.</p> <p>Esto puede hacerse con la administración de medicamentos no opioides.</p>
	<p>Existen varios tipos de sedación: <i>Intermitente</i> (presenta períodos de alerta), <i>Continua</i> (disminución del nivel de conciencia de forma permanente); <i>Superficial</i> (permite la comunicación del paciente, verbal o no verbal) o <i>Profunda</i> (mantiene al paciente en estado de inconsciencia).</p>
	<p>La sedación paliativa se define como la disminución del nivel de conciencia de un paciente sin expectativa curativa con la administración de fármacos, en dosis y combinaciones requeridas, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito.</p>
	<p>La sedación en la agonía (caso particular de la sedación paliativa) se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.</p>
	<p>Los fármacos más utilizados para la sedación son las benzodiazepinas (midazolam), los neurolepticos (levomepromazina), los barbitúricos (fenobarbital) y los anestésicos (propofol).</p>
	<p>El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Una indicación terapéutica correcta (sufrimiento físico o psíquico refractario en el final de la vida del enfermo) efectuada por un médico e idealmente, validada por otro médico. b) Consentimiento explícito del enfermo, o de la familia cuando el paciente se considere incompetente. c) Los profesionales implicados deben tener una información clara y completa del proceso y efectuar el registro en la historia clínica. d) La administración de los fármacos debe ser en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado

	<p>La correcta prescripción de la sedación paliativa en la agonía requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida. b) Presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario. c) Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar la decisión. <p>El consentimiento verbal aunque se considera suficiente, se recomienda se realice por escrito. Siempre debe quedar constancia en la historia clínica.</p>
	<p>En el paciente no competente, el consentimiento se debe realizar en el siguiente orden:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Primero, mediante consulta al Registro de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas. b) En ausencia de instrucciones previas, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con la familia o los allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados. c) En ausencia de b), se recomienda pactar la sedación con la familia
	<p>Además de la predicción clínica, puede ser de utilidad el empleo de instrumentos validados para estimar la supervivencia o el estado funcional, como el índice PaP o la escala funcional de Karnofsky, así como los factores pronósticos.</p>




3.22 Comunicación efectiva

Comunicación efectiva			
	La comunicación eficaz es una herramienta fundamental en los cuidados paliativos, es un factor indispensable para mantener la adherencia al tratamiento, mejora la satisfacción del paciente y la familia con el servicio que recibe y mejorar la adaptación del paciente a la enfermedad.		
	Según la literatura los elementos para llegar a una comunicación eficaz son: <ul style="list-style-type: none"> • Prepararse previamente para el encuentro (busca un ambiente confortable, tener una esquema general del tema a tratar, preparar posibles respuestas a preguntas complicadas) • Mostrar empatía haciendo uso del lenguaje verbal y no verbal (Mantener contacto visual) • Usar un lenguaje adecuado y explicar términos que pudieran ser complejos de entender 		
	El acceso a la información es un derecho de todos los pacientes, cada uno tiene derecho a decidir con apoyo y conocimiento de causa aspectos importantes para su ida como el proceso de salud – enfermedad, como por lo que la comunicación honesta es un imperativo ético para el profesional de la salud, que debe englobar el respeto de los deseos y valores de los pacientes, el principio de autonomía, permitiendo la organización de los cuidados según las prioridades y preferencias de los pacientes y facilitando la toma de decisiones compartida.		
	La comunicación inadecuada entre pacientes y tratantes contribuye a problemas en el tratamiento del paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Concepciones inadecuadas sobre el tratamiento y los analgésicos. • Pobre comunicación del paciente con el especialista sobre su dolor y otros problemas médicos. 		
	Brindar educación al paciente: mejora su conocimiento sobre sus síntomas y puede rectificar “mitos” sobre el dolor (automedicación), que inalmente se refleja en la intensidad del mismo.		
<p>Malas Noticias: cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión de un paciente sobre su futuro, tanto al comunicar el diagnóstico de una enfermedad considerada mortal como al informar del fracaso de la terapéutica curativa que se le administra</p> <p style="text-align: center;">Protocolo de seis etapas de Buckman para malas noticias</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Primera: Preparar el contexto físico más adecuado</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Buscar el espacio físico adecuado, evitar pasillos y habitaciones compartidas • Informar personalmente y evitar usar el teléfono porque no podemos prever la </td> </tr> </table>		Primera: Preparar el contexto físico más adecuado	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar el espacio físico adecuado, evitar pasillos y habitaciones compartidas • Informar personalmente y evitar usar el teléfono porque no podemos prever la
Primera: Preparar el contexto físico más adecuado			
<ul style="list-style-type: none"> • Buscar el espacio físico adecuado, evitar pasillos y habitaciones compartidas • Informar personalmente y evitar usar el teléfono porque no podemos prever la 			

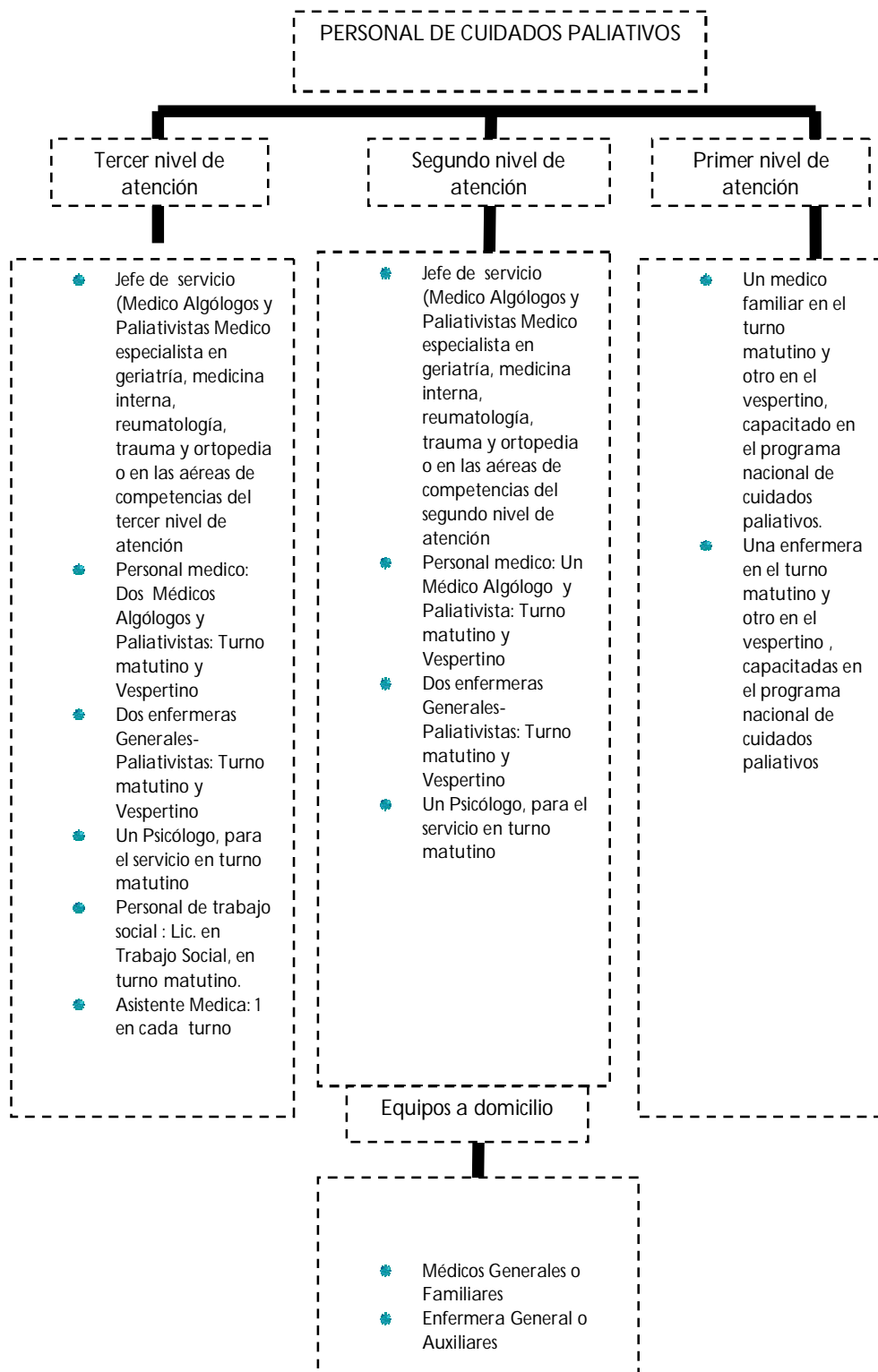
<p>respuesta emocional ni modular la información según esta respuesta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propiciar que el paciente esté acompañado cuando le vayamos a informar o esperar con él hasta que llegue algún familiar • Evitar las horas nocturnas para dar la información. • El ritmo de información deba de ser más lento pero siempre veraz. • El profesional debe buscar un tiempo sin prisa (evitar que le pasen llamadas telefónicas, ofrecer un tiempo de calidad, sentarse junto o enfrente del paciente y mirarlo a los ojos). • Usar frases cortas y vocabulario lo más neutro posible: no curable en lugar de incurable, tumor en lugar de cáncer, etc. • Comentar al paciente o al familiar que puede preguntar todo lo que desee.
<p>Segunda: Averiguar cuánto sabe el paciente</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Realiza preguntas indirectas abiertas sobre lo que sabe el paciente respecto a su padecimiento y pronóstico • (Ejemplo: ¿Qué piensa usted sobre este problema, su dolor en el pecho, su tos, etc.?— ¿Qué le han dicho sobre su enfermedad) • Estar atento al estado emocional del paciente: observar lo que el paciente dice y a lo que evita decir, así como advertir la falta de concordancia entre comunicación no verbal y verbal. • En una segunda fase podemos introducir preguntas sobre el futuro, sobre todo en el tipo de pacientes que sospechamos no saben nada de la naturaleza de su problema. Por ejemplo: ¿Qué planes tiene usted con respecto a su futuro?
<p>Tercera: Encontrar lo que el paciente quiere saber</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar directamente qué nivel de información puede asimilar. Por ejemplo: Si el problema fuera grave, ¿cuánto le gustaría saber sobre él?, o, ¿Le gustaría que le explicara todos los detalles sobre su problema o hay alguien más a quien le gustaría que se lo contara? • Esperar a que el paciente pida más información • Aceptar el silencio, evasivas o negativa del paciente a ser informado pero ofreciéndole siempre una nueva posibilidad si más tarde desea hablar del tema: "ahora veo que no te apetece hablar, si otro día lo deseas podemos hablar".
<p>Cuarta: Compartir la información</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente en la anterior fase ha expresado su deseo de compartir toda la información procederemos a ello. Si el paciente lo negó, pasaremos a discutir el plan terapéutico. • Partir de la información que el paciente tiene • Decidir los objetivos de la entrevista: qué aspectos informativos y educacionales van a ser tratados. Es esencial tener una agenda clara, siempre muy abierta a la agenda del propio paciente. • Abordar elementos del diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo del paciente en función de las necesidades. • Ser consciente del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, en relación al tratamiento principalmente, y que ello no genere frustración en el profesional si no coincide con su visión de la situación. • Proporcionarse la información al enfermo solo o acompañado por otra persona.
<p>Quinta: Responder a los sentimientos del paciente</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Manejar el silencio: Puede emplearse para reafirma la reflexión en el paciente ante una afirmación muy directa como: "a veces creo que no me voy a curar" y cuando el paciente se conmueve, llora o se irrita. Un silencio empático mirándole a la cara, • Manejo de la escucha activa: Esperar a que el paciente acabe antes de empezar

<ul style="list-style-type: none"> a hablar. • Uso de validación emocional: generar empatía con el uso de frases como: "entiendo que debes estar sufriendo mucho", y la legitimación de esta emoción: "cualquiera en tu lugar sufriría". • Asertividad. Que el paciente crea que sabemos lo que hacemos y que se sienta respetado en sus opiniones, transmitir seguridad y que nuestras opiniones estén fundamentadas.
Sexta: Planificación y seguimiento del proceso
<ul style="list-style-type: none"> • El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente que siempre estará a su disposición para lo que necesite. • Estar atento a los problemas o preocupaciones del enfermo. • Movilizar todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento. • Debe aclararse la continuidad de nuestra atención en estos aspectos comunicacionales tanto como en el proceso físico. • Debe planificarse una determinada estrategia en relación al número de visitas, fases del tratamiento, etc. El paciente debe comprobar que controlamos la situación. • Al final de las entrevistas resumir lo dicho, asegurándonos de que el paciente ha entendido, siendo este momento final el adecuado para dar toda la esperanza e información positiva de que dispongamos, • Evaluación de las estrategias utilizada-s • El tratante debe valorar sus propias emociones, ideas o acciones tras la entrevista. • Evaluar el impacto producido en el paciente, comprobar la asimilación de la información: pedir al paciente un resumen final, su estado emocional tras la entrevista (¿Cómo se encuentra?).

4. Organización de los servicios en la atención paliativa

Organización de los servicios en la atención paliativa	
	El paciente de reciente diagnóstico iniciará el manejo de los síntomas en el primer nivel de atención.
	Los síntomas que sean clasificados como de intensidad moderada de acuerdo a las escalas se atenderán en el segundo nivel de atención donde se dispondrá de elementos para el manejo intervencionista.
	Al tercer nivel de atención le corresponderá el tratamiento de aquellos síntomas que posean una intensidad severa, y se realizarán técnicas intervencionistas más complejas sólo si el paciente es candidato a las mismas.

4.1 Equipos de salud en el servicio de cuidados paliativos en los tres niveles de atención



5. Anexos
5.1 Anexo 1

Medicamentos utilizados en la atención de cuidados paliativos

N°	MEDICAMENTO	PRESENTACION	INDICACION EN CP POR IAHP	GRUPO LGS ART 226	LISTA MODELO OMS
1	Alprozalam	0.25 mg comprimidos 2mg comprimidos	Ansiolítico	II	No incluida
2	Amtriptilina	25 mg comprimidos	Depresión Dolor Neuropatico	III	24.2.1 Trastornos depresivos
2	Betametasona	8 mg/ml Inyectable 4mg / 2ml Inyectable	Antiinflamatorio Glucocorticoide	IV	No incluido
3	Bupivacaina	150 mg inyectable	Anestésico local de larga duración	IV	1.2 Anestésicos Locales
5	Buprenorfina	0.3 mg inyectable 30mg parche 0.2 mg tableta sublingual	Analgésico narcótico	II	No incluido
6	Butiliosina	10mg comprimido 10mg/ml inyectable 1 mg /ml solución oral	Nausea Congestión respiratoria terminal Dolor visceral Vomito	IV	No incluido
7	Carbamazepina	200mg comprimido	Dolor neuropatico	IV	5-ainticonvulsivo/antiepiléptico 24.2.2 trastornos bipolares
8	Clindamicina	300mg comprimidos	Infecciones bacteriana	IV	6.2.2 otros antibacterianos
9	Clonazepam	2.5mg/ml solución oral	Anticonvulsivo , antiepiléptico ansiolítico	II	No incluido
10	Clonixinato de lisina	100mg/2ml inyectable	Dolor leve a moderado	IV	No incluido
11	Dexametasona	0.5mg comprimidos 4mg/ml inyectable	Anorexia Nausea Dolor neuropatico Vomito	IV	3-Antialergicos y anafilaxia 8.3- Hormonas y antihormonas
12	Dextropoxifeno	65mg capsulas	Analgésico agonista opioides Dolor leve a moderado	II	No incluido
13	Diclofenaco	100mg comprimidos 75mg inyectable	Dolor leve a moderado	IV	No incluido
1	Difehidramina	10ml inyectable	Inductor del	IV	No incluido

4		60ml oral	sueño Alergias Nausea Mareo Vomito		
1 5	Fentanilo	4.2mg parche 0.5mg/10ml inyectable	Dolor moderado a severo	I	No incluido
1 6	Fluoxetina	20mg comprimidos	Antidepresivo	IV	24.2.1 medicamentos utilizados en los trastornos depresivos
1 7	Furosemida	20mg/2ml	Diurético	IV	12.4 medicamentos utilizados en insuficiencia cardiaca
1 8	Gabapentina	300mg comprimidos	Dolor Neuropatico	IV	No incluido
1 9	Haloperidol	15ml solución oral 5mg/ml inyectable	Delirio Nausea Vomito	IV	24.1 Trastornos psicóticos
2 0	Hidromorfona	Tabletas 2mg	Analésico narcótico Dolor moderado a severo	I	No incluido
2 1	Imipramina	25mg comprimidos	Antidepresivo	III	No incluido
2 2	Ketamina	Ampulas	Analésico general	II	No incluido
2 3	Ketorolaco	30mg/ml inyectable	Antiinflamatori o no esteroide Dolor moderado a severo Analésico no narcótico	IV	No incluido
2 4	Lidocaína	35g ungüento 115ml aerosol 1g/50ml inyectable	35g ungüento 115ml aerosol 1g/50ml inyectable	IV	Anestésico Local
2 5	Metadona	10mg comprimidos	Dolor moderado a severo	I	24.5 programas de dependencias por sustancias
2 6	Metocloprami da	10mg/2ml inyectable 10mg comprimidos	10mg/2ml inyectable 10mg comprimidos	IV	Antieméticos analésico gastroprocinético
2 7	Midazolam	3mg/15ml inyectable	Sedante Hipnótico Insomnio Ansiolítico Miorelajante anticonvulsivo	II	No incluido
2 8	Morfina	50mg/2ml inyectable 200mg/20ml inyectable 30g /5ml oral 10mg comprimidos 30mg comprimidos	Dolor moderado a severo Disnea	I	1.3 medicación preoperatoria y sedación para procedimientos breves 2.2 analésicos opiasios

29	Neostigmina	0.5mg/ml inyectable	Miorelajante Bloqueador neuromuscular Anticolinesterásico	IV	20. miorelajantes de acción periférica e inhibidores de la colinesterasa
30	Paracetamol	50mg comprimidos	Dolor leve o moderado	IV	2.1 analgésico no opiáceo AINES
31	Ropivacaina	2mg /ml inyectable	Anestésico local	IV	No incluido
32	Senosidos	8.6mg comprimidos	Estreñimiento	IV	17.4 laxantes
33	Sulfato de Magnesio	10% inyectable	Anestésico	IV	5- anticonvulsivos / antiepilépticos 24.2.2 trastornos bipolares
34	Topiramato	25mg comprimidos	Antiepiléptico Antimigrañoso Analgésico adyuvante	IV	No incluido
35	Tramadol	50mg comprimidos/capsulas 100mg /1ml solución oral 50mg/ml inyectable	Dolor leve a moderado	IV	No incluido
36	Tramadol y Paracetamol	37.5mg /325mg comprimidos	Dolor moderado a severo	IV	No incluido
37	Toxina Botulinica	100U inyectable	Dolor	IV	No incluido
38	Venlafaxina	75mg capsulas	Depresión	IV	No incluido

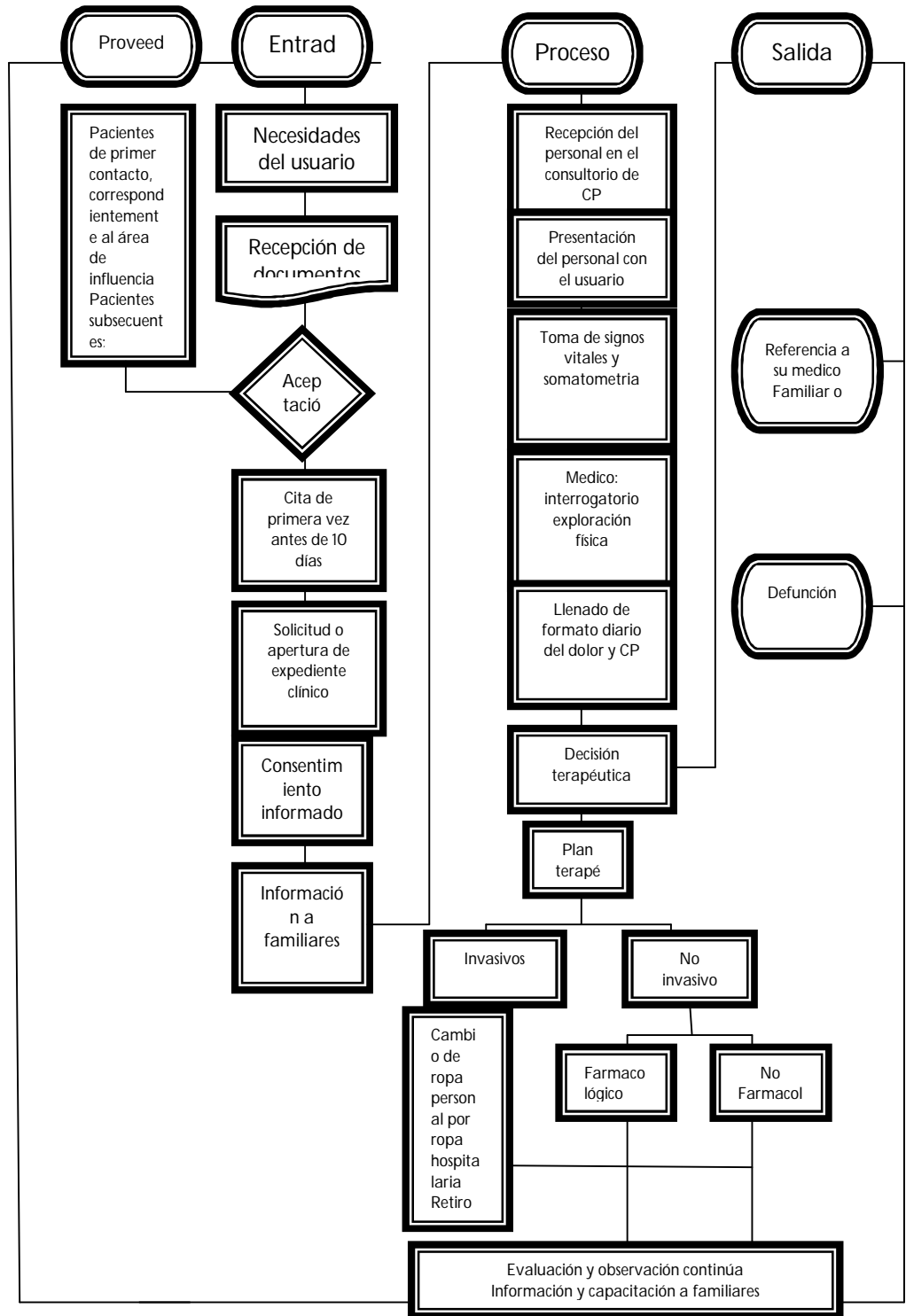
5.2 Anexo 2

Tabla de potencias analgésicas de opioides del instituto PALIA

Opioide	Potencia oral	Potencia parenteral
Morfina	1	2/3 subcutánea 1/3 intravenosa 1/10 de la IV peridural 1/100 de la IV subaracnoideo
Codeina	1/12	_____
Dextropropoxifeno	1/15	_____
Tramadol	1/4	1/10
Buprenorfina	60-80 sublingual	30-40
Metadona	5 a 12	5 a 12
Fentanil	_____	80-100
Hidromorfina	5	5
Oxicodona	15	_____
Nalbufina	_____	1/3

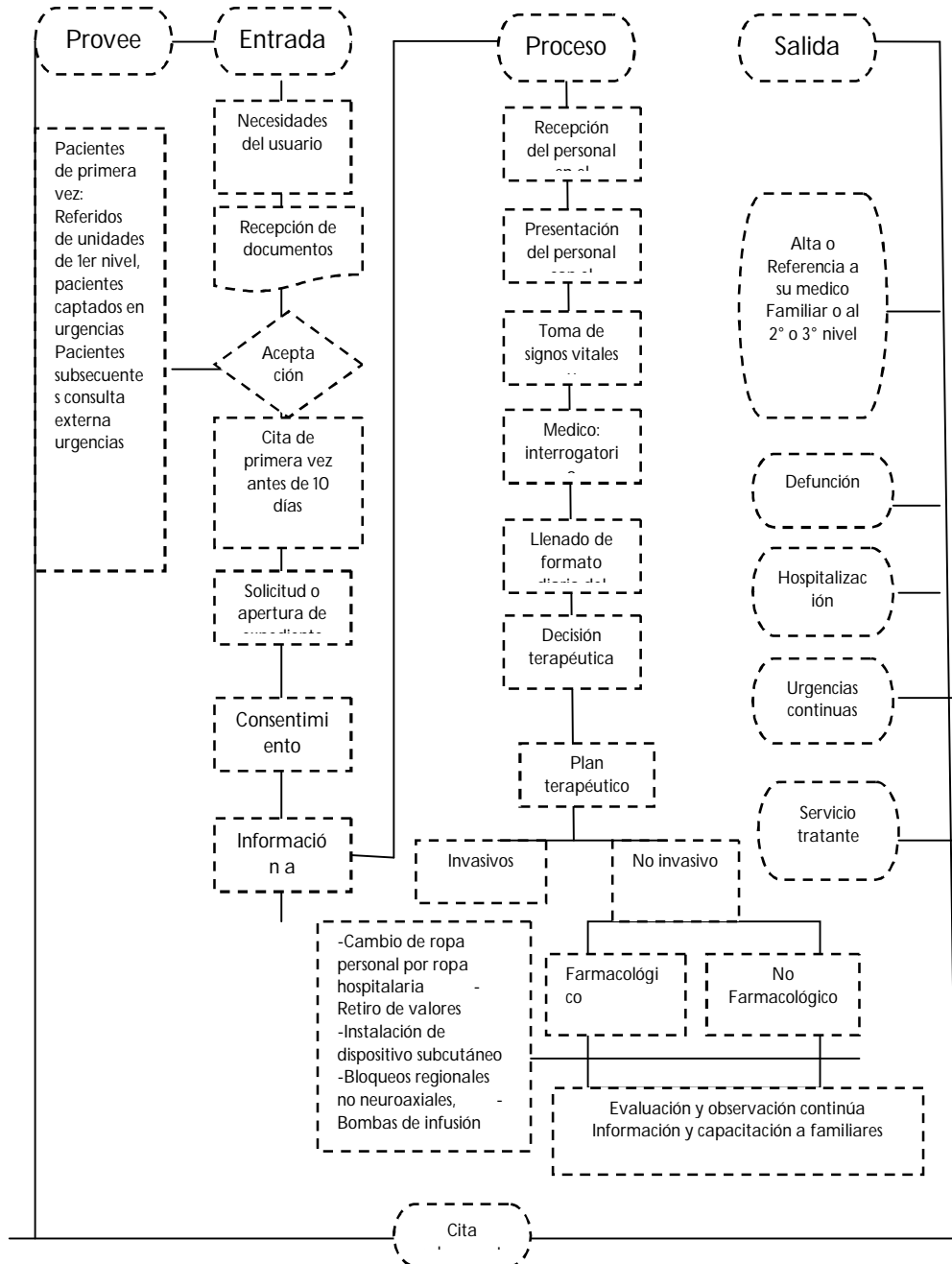
5.3 Anexo 3

Algoritmo cuidados paliativos en el primer nivel de atención



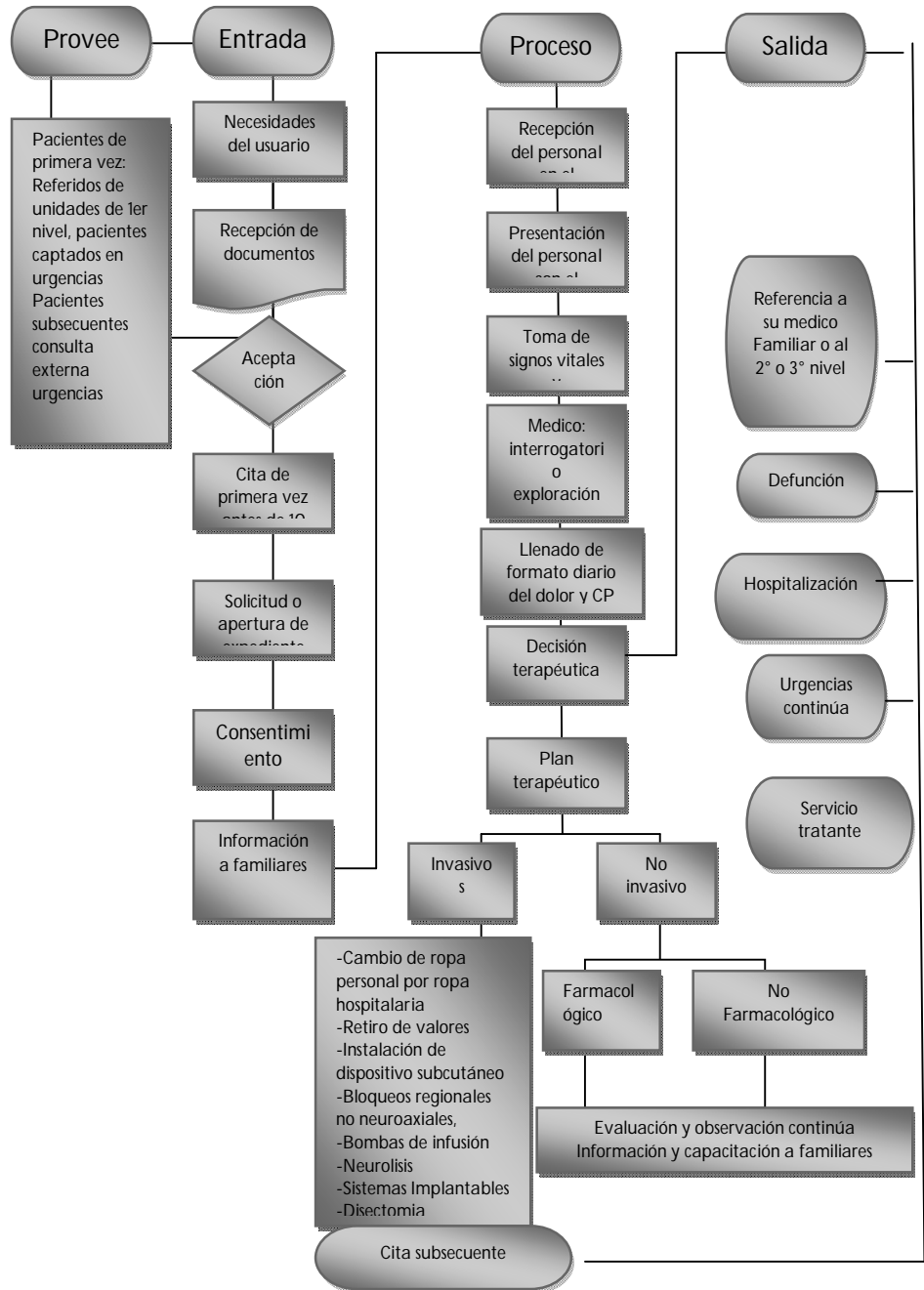
5.4 Anexo 4

Algoritmo cuidados paliativos en el segundo nivel de atención



5.5 Anexo 5

Algoritmo cuidados paliativos en el tercer nivel de atención



Glosario de términos

- Alucinaciones: son percepciones sensoriales que ocurren cuando la persona está consciente y que no tienen relación con ningún evento externo. En otras palabras, ver o escuchar cosas que no existen.
- Anhedonia: falta de reactividad a los estímulos habitualmente resultaban placenteros
- Ilusiones: Alteración de la percepción en la que existe una interpretación errónea de un estímulo externo real.
- Cuidador primario informal: Es aquella persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el rol de tomar decisiones en nombre del paciente y cubrir necesidades básicas de este, ya sea de forma directa, realizando tareas de ayuda, o indirecta, determinando dónde, cómo y cuándo se tiene que dar el cuidado.
- Cuidador formal: Es aquél que recibe un pago por sus servicios y recibió capacitación y educación para proporcionar cuidados.
- Cuidados paliativos en niños: Los cuidados paliativos en niños representan un campo especial, aunque relacionado a los cuidados paliativos en adultos. La OMS definió los cuidados paliativos apropiados para niños y su familia como los cuidados activos y totales para el cuerpo, la mente y el espíritu, también incluye dar soporte a la familia,
- Diario del dolor y cuidados paliativos: Es un documento que contiene una matriz de registro de la evolución de los síntomas y estado cognitivo del paciente medidos con escalas específicas; contiene un área especial para el control de opioides, incluye citas y teléfonos de contacto a la clínica.
- Encarnizamiento: obstinación terapéutica, distanasia. Consiste en retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, por todos los medios, incluyendo intervenciones quirúrgicas y/o medidas de reanimación u otros procedimientos no habituales, aunque no haya esperanza alguna de curación y eso signifique infligir a los moribundos sufrimientos añadidos a los que ya padece, manteniéndolo en condiciones lamentables.
- Equipo interdisciplinario: El equipo ideal debe incluir: coordinador del programa, Médico algólogo y paliativista, servicio de salud mental (psicólogo, psicooncólogo, psiquiatra, tanatólogo), Médico en Terapia Física y Rehabilitación, Enfermeras, Trabajadora social y Asistente médica, todos ellos con capacitación y aval formal para su práctica dentro del equipo. Este modelo debe adaptarse a los recursos de cada nivel de atención.
- Fase final de la vida (FFV): Se emplea como sinónimo del concepto de fase terminal, con un pronóstico de vida igual o inferior a 6 meses.
- Paciente Terminal: Se define en la NOM-011-SSA3-2007 como 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.
- Tanatólogo: Especialista que trabaja con las personas cuya muerte está cercana, ayudándole a que su vida restante tenga calidad, sea productiva y con creatividad para que muera con aceptación y dignidad.
- Enfermo competente: Enfermo capaz de otorgar el consentimiento verbal, sobre el procedimiento a realizar.

- Enfermo incompetente: Enfermo que no es capaz de decidir en ese momento el procedimiento que se le puede otorgar (Ej. sedación paliativa) si no hubiera dejado constancia escrita de sus deseos en relación a las decisiones en el final de la vida, el equipo médico lo debe valorar con su familia o allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados.
- Sufrimiento: Es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla.
- Sedación paliativa: se define como la disminución del nivel de conciencia de un paciente sin expectativa curativa con la administración de fármacos, en dosis y combinaciones requeridas, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito.

Bibliografía.

1. Berna, C, Leknes, S, Holmes, EA, Edwards, Goodwin, GM. Introduction of Depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness. *Bio Psychiatry*, 2010; 67: 1083-1009.
2. Billings, A. 1998 "What is Palliative Care". *Journal of Palliative Medicine* 1998; Volume 1, (1):73-81. Mary Ann Liebert, Inc, USA, p. 73-81.
3. Bruera E, Palmer L, Pace E, Zhang K, Willey J, Strasser, F & Bennett, M. A randomized, controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer patients *Palliative Medicine* 2007; 21: 501–505.
4. Callahan, D. 2000. "Death and the Research Imperative". *New England Journal of Medicine*. 2000; Vol. 342(9):654-656.
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título Primero. Capítulo I de las Garantías Individuales DOF:20/II/07
6. Cubedo R. La dependencia de los enfermos terminales: cuidados profesionales y familiares. *Revista Panorama Social*. 2006;(2):1-23
7. De Lima L, Bruera E. "The Pan American Health Organization: Its Structure and Role in the Development of a Palliative Care Program for Latin America and the Caribbean" en *Journal of Pain and Symptom Management*. 2000;Vol 20(6): 440-448
8. Del Fabbro E, Shalinidalal Bruera E. (2006).Symptom Control in Palliative Care—Part III: Dyspnea and Delirium. 9; (2) 422-436.
9. Dumont S, Turgeon J, Allard P, Gagnon P, Charbonneau C, Vezina L. Caring for a loved one with advanced cancer : Determinants of psychological distress in family caregivers. *Journal of Palliative Medicine*. 2006; 9(4):912-20.
10. Flores Cantisani, A. Lara Solaresb, M. Lópezc, G. Aréchigad, D. Morgensterne *Rev. Soc. Esp. Dolor* v.16 n.8 Narón (La Coruña) nov.-dic. 2009. J.A.
11. Feuer DJ, Broadley KE. Corticoesteroides para la resolución de la obstrucción intestinal maligna en el cáncer avanzado ginecológico y gastrointestinal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008, No. 2.
12. Fundación FEMEBA, 2005. <http://paliativo-femeba.org/>
13. Gagnon PR, Treatment of delirium in supportive and palliative care; *Curr Opin Support Palliat Care* 2008; 2:60-66. (1)
14. García-García J. *Panorama Epidemiológico en la edad avanzada*. UNAM 2009.
15. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del país Vasco; 2008. *Guías de práctica clínica en el SNS: OSTEBA*. 2006/08.
16. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI. *Healthcare Guideline 2. Palliative Care* 3rd.Ed. Nov 2009)
17. International Association for Hospice and Palliative Care. *Palliative Care in the developing world, principles and practice*. 1st. Houston USA 2005.

18. Jatoi A, Podratz KC, Gill P, Hartmann LC. Pathophysiology and Palliation of Inoperable Bowel Obstruction in Patients with Ovarian Cancer. *J Support Oncol* 2004. 2(4):323-37
19. Ley General de Salud DOF 7/II/84 Última Reforma Publicada DOF 25/XI/2008
20. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 07 de enero de 2008
21. Levin R, Sabini G. Manual de Cuidados Paliativos en Oncología para el primer nivel de atención. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Programa Nacional de Control del Cáncer. Uruguay 2009.
22. Mount BM., Cohen 1993 "Canada: status of cancer pain and Palliative Care" en *J Pain Symptom Manage*, Vol. 8, No. 6, p. 395-8.
23. Newberry S, Rastegar A, Rolón C, Chen S, Ed. *Cancer Care Quality Measures: Symptoms and End-of-life-care*. Agency for Health Care Research and Quality US Department Health and Human Services 2006.
24. NICE, 2004. *Guidance on Cancer Services Improving Supportive and Palliative Care for Adults with cancer*
25. Oldenmenger WH, Sillevis, PA, Van Doren S, Stoter G, Van der Rijt, C. A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: A critical appraisal. *European Journal of Cancer*, 2009; 45: 1370-1380
26. Organización Panamericana de la Salud. *Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico*, 2ª. Ed.2006.
27. Payas, A. Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en el duelo. *Rev Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 28; (2), 2008
28. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007, Criterios para la Atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos 22/XII/08. <http://wlex.com.mx/vid/enfermos-fase-terminal-cuidados-paliativos-50246274>
29. Reddy S, Parsons HA, Elsayem A, Palmer L y Bruera, E. Characteristics and Correlates of Dyspnea in Patients with Advanced Cancer. *Journal of palliative medicine*. 2009; 12 (1); 29- 36
30. Starck DP y Hause A (2000). Anxiety in cancer patients. *BJC*. 83 (10) 1261-1267.
31. Schneider, Moyer, Knapp-Oliver, Sohl , Cannella , Targhetta Pre-intervention distress moderates the efficacy of psychosocial treatment for cancer patients: a meta-analysis. *J BehavMed* (2010) 33:1–14 .DOI 10.1007/s10865-009-9227-2
32. WHO Cancer control. Knowledge into action, WHO. *Guide for effective programs. Palliative Care*. 2nd Ed. Geneva World Health Organization 2007.
33. Watson MS, Lucas CF, Hoy AM, Back IN. 05. *Oxford Handbook of palliative care*, Oxford University Press, England 2005.
34. Wong TH, Tan YM. Surgery for the palliation of intestinal obstruction in advance abdominal malignancy. *Singapore Med J* 2009. 50(12):1139-44.

ANEXO VII
PROGRAMA DE
SEMINARIO



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Con estudios incorporados a la UNAM



PROGRAMA DE SEMINARIO

“Cuidado Emocional al Enfermo Terminal y su Familia”

Elaboro:

Adriana Alpizar Bautista

Asesor:

LEO. Elsa Montaña

Introducción

La muerte es una de las situaciones más dolorosas e inesperadas que todas las personas deben enfrentar alguna vez en su vida. Comprender, reaccionar y dar apoyo adecuado puede ser de gran ayuda para las personas que se encuentran en agonía, así como para sus familiares y el personal de la salud que los atiende. El presente material didáctico aborda los diferentes aspectos tanatológicos que todo profesional de este campo debe conocer para brindar atención adecuada al paciente y sus familiares.

Los temas han sido seleccionados para ofrecer al estudiante de Enfermería, los conocimientos teóricos y metodológicos básicos para ofrecer un sistema de apoyo humanista. Éste curso aborda el estudio de la Tanatología y su contribución al ciclo vital de los sujetos en los procesos de pérdida y duelo, sus aportaciones para preservar la dignidad de la vida ante la muerte, así como los aspectos legales, derechos humanos, religión y Bioética que deben considerarse para la intervención Tanatológica.

Es importante señalar que el material que se pone a su disposición requiere de un esfuerzo de estudio, su disposición para aprender, la disciplina de estudio, la relación con la práctica y experiencias previas, constituyen elementos fundamentales en la metodología de un sistema abierto, las cuales adquieren relevancia en los momentos de asesoría grupal.

Justificación

El curso pretende introducir al estudiante en los fundamentos teóricos de la Tanatología y su campo de acción, ubicando el ciclo de la vida-muerte y sus implicaciones en los procesos biológicos, psicológicos y sociales que presenta el paciente en fase terminal y/o el moribundo, así como los familiares del mismo.

Se pretende que el alumno de enfermería fomente una actitud humanística, comprensiva y reflexiva en la atención enfermería-paciente, brindando una mejor calidad de vida en el manejo del paciente. Las acciones de enfermería serán también encaminadas a brindar apoyo emocional a los familiares del paciente, en el proceso del duelo.

Objetivos

Objetivo general

Que el alumno conozca y comprenda los fundamentos que le permitan apoyar en su ejercicio profesional, al paciente en fase terminal y/o moribunda, así como a los familiares que se ven involucrados.

Objetivos específicos:

- Proporcionar un tiempo y un espacio, para que todos los participantes pueden conocer, profundizar y/o actualizarse, sobre algunos temas importantes, dentro de los campos de la Tanatología.
- Reflexionar sobre la propia noción de la muerte
- Reflexionar sobre el sentido de la vida personal

Programación temática

Curso: “Cuidado Emocional al Enfermo Terminal y su Familia”

Dirigido a: Personal de Enfermería diferentes categorías

Sede: Auditorio del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”

Duración: 30 horas

Fecha: Abierta

Acreditación: Reconocimiento por parte del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”

Propósito: Que el personal de enfermería proporcione mas tiempo brindado en la atención y cuidados al paciente en fase terminal, y los familiares del mismo; para favorecer el entendimiento, acompañamiento y apoyo teratológico del paciente de los cambios y efectos que se presentan en la familia ante la muerte.

Objetivo: El personal de enfermería conocerá la importancia de la tanatología como ciencia, la cual apoyara en la atención en el paciente en fase terminal y su familia teniendo como finalidad ampliar su campo de acción.

Objetivos específicos:

- Conocer la importancia de la Tanatología como ciencia que apoya en la atención al paciente en fase terminal.
- Conocer como emplear la Tanatología en individuos que experimentan alguna perdida o se encuentran cursando el proceso de duelo.

Temas

- UNIDAD I “Introducción a la tanatología”
- UNIDAD II “Enfermedad, moribundo y muerte”
- UNIDAD III “Pérdida, muerte y proceso de duelo”
- UNIDAD IV “La familia ante la enfermedad terminal y la muerte”
- UNIDAD V “El suicidio y sus implicaciones psicosociales”
- UNIDAD VI “Proyecto de vida”

Recursos didácticos:

- Presentaciones en Power Point
- Hojas
- Plumas
- Folders

Técnicas didácticas

- Exposición dirigida
- Lectura
- Análisis
- Reflexión
- Síntesis
- Discusión

- Recuperación de experiencias vivenciales o personales

Evaluación

- Se planea una evaluación final analizando en proceso de enseñanza aprendizaje mediante la realización de preguntas específicas en cada uno de los temas.
- Al finalizar curso se realiza examen de los temas vistos.

Bibliografía:

1. ACOSTA, Gloria Rosalía. (1995) Miedo a la Muerte y el Morir en el Mexicano. Tesina. Diplomado en Tanatología. Asociación de Tanatología. México, D. F.
2. BRAVO Suárez, Adriana.(1995) Introducción a la Tanatología. Tesina. Diplomado de Tanatología. Asociación de Tanatología. México, D. F.
3. KUBLER-ROSS, E.(1993) Sobre la Muerte y los Moribundos. Ed. Grijalbo. México, D. F.
4. LORRAINE, Sherr. (1992) Agonía, Muerte y Duelo. Ed. El Manual Moderno. México, D. F.
5. O'CONNOR, Nancy.(1999) Dejalos Ir con Amor. Ed. Trillas. México, D. F.
6. PÉREZ Varela, Victor M. (1989) Eutanasia, ¿Piedad, Delito?. Ed. Ju. México, D. F.
7. REYES Zubiría, L. Alfonso. (1997) Acercamiento Tanatológico al enfermo Terminal. México, D. F.
8. REYES Zubiría, L. Alfonso. (1998) Suicidio. México, D. F.



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 Con estudios incorporados a la UNAM
 Programación Programática



“Cuidado Emocional al Enfermo Terminal y su Familia

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<ul style="list-style-type: none"> • Inauguración • Evaluación diagnóstica • Encuadre <p>UNIDAD I “Introducción a la tanatología”</p> <p>Duración: 3 horas</p> <p>Introducción En esta unidad se proporcionan los elementos técnicos básicos de la Tanatología y sus campos de acción. El interés tanto científico como popular por el tema puede considerarse como reciente, a pesar de que existen evidencias culturales del manejo de la muerte y su concepción por nuestros antepasados. Teniendo como finalidad ampliar y humanizar la comprensión de los procesos psicológicos que se dan en los seres humanos que</p>	<p>UNIDAD III: “Pérdida, muerte y proceso de duelo”</p> <p>Duración: 6 horas</p> <p>Introducción Durante los años recientes, han surgido investigaciones que han revelado la existencia de patrones de emociones identificables durante el duelo. El conocimiento de estos patrones son de fundamental importancia para el profesional de enfermería, ya que este conocimiento le puede ayudar a reconocer que la conmoción y el dolor que se experimenta durante una pérdida deben ser abordados desde una perspectiva humanística sobre todo, reconociendo la etapa o etapas que van experimentando los individuos</p>	<p>UNIDAD IV: “La familia ante la enfermedad terminal y la muerte”</p> <p>Duración : 6 horas</p> <p>Introducción Todos los dolientes tienen algunos aspectos en común, y entre estos se encuentran las etapas de elaboración del duelo, sin embargo, aunque existen patrones perceptibles, la experiencia de perder una esposa (o) después de 50 años de matrimonio, no se compara con la de perder a un hijo adolescente o la de la muerte del mejor amigo (a); por ello se examinarán algunos de los patrones conductuales durante la pérdida, dependiendo de la etapa de vida en que esta se presente con la finalidad de favorecer el entrenamiento,</p>	<p>UNIDAD V: “El suicidio y sus implicaciones psicosociales”</p> <p>Duración: 6 horas</p> <p>Introducción El suicidio ocupa un lugar entre las 10 primeras causas de muerte en las estadísticas de la OMS. Cualquier sujeto puede, en determinado momento de su existencia, sentir que la vida no tiene sentido debido a diversas causas, lo que convierte al suicidio en la mejor y/o única opción para ellos. En la presente unidad se revisará que el problema del suicidio es una cuestión demasiado compleja, porque no es simplemente un síntoma de patología mental, es mucho más que eso. En la Tanatología, la muerte por suicidio es considerada como</p>	<p>UNIDAD VI: “Intervención tanatológica de enfermería” Duración: 6 horas</p> <p>Introducción Como se ha venido estudiando a lo largo del curso, las pérdidas y el proceso de duelo provocan ciertas reacciones de conducta que pueden ser considerados como normales; sin embargo, cuando los individuos no cuentan con los recursos necesarios para superar estos procesos, corriendo el riesgo de tener dificultades para manejar sus sentimientos y sobre todo para reanudar su vida normal, el asesoramiento o intervención. El objetivo fundamental de la intervención Tanatológica es trabajar con la persona que sufre, las emociones o sentimientos que se van</p>

<p>se enfrentan a la muerte para mejorar los cuidados y tratamiento a los pacientes terminales.</p> <p>Contenido</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición etimológica y conceptual de Tanatología Antecedentes históricos La Tanatología como ciencia Interdisciplinaria Objetivos de la Tanatología Habilidades y limitaciones que demanda el quehacer Tanatológico 	<p>durante este proceso, para proporcionar la ayuda adecuada en cada una de ellas.</p> <p>Por otro lado es importante destacar que el personal de la salud de nuestro tiempo debe mantener una postura ética ya que en la práctica, todas las decisiones implican esta dimensión, principalmente por el hecho de trabajar con seres humanos y por la necesidad de emitir juicios en cuanto a qué es lo que se debe o debería hacer por ellos, así mismo con igual importancia se deben tomar en cuenta los aspectos espirituales, partiendo de que todo individuo tiene necesidades espirituales y culturales que no pueden ser dejados a un lado cuando se pretende proporcionar un cuidado holístico, sobre todo, a aquellos que han sufrido una pérdida y que se encuentran en un proceso de duelo o para aquellos que cursan una enfermedad de tipo terminal.</p> <p>Contenido</p>	<p>acompañamiento y apoyo Tanatológico al paciente y su familia o amigos.</p> <p>Contenido</p> <ul style="list-style-type: none"> Etapas del ciclo vital ante la muerte Impacto en la familia cuando muere: el padre, la madre, hijo, hermano, amigo etc. 	<p>una de las más difíciles de aceptar por parte de los dolientes, los cuales, además del dolor por la pérdida se cargan de una gran culpa, lo cual dificulta más el proceso de duelo.</p> <p>Contenido</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición de suicidio Mitos y realidades acerca del suicidio Factores de riesgo en el suicidio Manejo del paciente suicida Dinámica familiar en el suicidio 	<p>suscitando durante el proceso de duelo. Para trabajar estos aspectos existen diversas técnicas y métodos que el profesional de enfermería puede emplear, principalmente la técnica de acompañamiento y los primeros auxilios psicológicos y sus recursos que en esta unidad serán analizados con profundidad.</p> <p>Contenido</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervención tanatológica de Enfermería Acompañamiento Intervención de primera instancia Intervención en crisis Instrumentos de sensibilización Cierre
---	---	--	---	--

<p>UNIDAD II: “Enfermedad, moribundo y muerte” Duración: 3 horas Introducción La muerte se enfoca en aquellas muertes por enfermedad que por sus características propias impactan más a la humanidad, tal es el caso de las enfermedades crónico-degenerativas y la muerte por Cáncer y SIDA, en las que el sujeto va percibiendo poco a poco su deterioro y su pronta muerte, mientras que lo ideal es que él y su familia en este periodo, tengan la oportunidad de prepararse para el momento de la muerte.</p> <p>Contenido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceptos Básicos de enfermo terminal, moribundo, agonía y muerte y enfermedad crónico-degenerativa • Concepto y tipos de enfermedad crónico-degenerativa y enfermedad terminal 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdidas necesarias en la vida del ser humano • La muerte desde la concepción médico, legal, psicológica y social. • Características y factores que intervienen en la muerte Tipos de muerte • Etapas del proceso de duelo 			<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación
---	---	--	--	--

<p>en las diferentes etapas de la vida del ser humano</p> <ul style="list-style-type: none">• Necesidades físicas, psicológicas y miedos del moribundo• Concepto de eutanasia, distanacia, adistanasia y ortotanasia.				
--	--	--	--	--