

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA

SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



Tesis:

PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA PREPARACIÓN TANATOLOGICA  
DENTRO DEL SERVICIO HOSPITALARIO EN PACIENTES Y FAMILIARES.

Para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Alumna:

WENDY NEGRETE TORRES

Asesora de tesis:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACAN; 2014



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.

## **Agradecimientos**

Principalmente le quiero agradecer a Dios por que él fue el que me puso en este camino por qué me ha dado salud, inteligencia, la fuerza necesaria para poder llegar hasta el día de hoy y una familia que nunca me ha dejado sola a lo largo de este camino.

En segundo lugar a toda mi familia en especial a mi madre y a mi abuelo ellos fueron los principales motores por los cuales yo día con día me esforzaba para poder alcanzar este sueño que también era el sueño de ellos y que ahora lo veo culminado con la realización de esta tesis

No existen palabras suficientes que alcancen para mostrar lo infinitamente agradecida que me siento hasta con la vida misma porque a pesar de los obstáculos puede salir adelante siempre con el apoyo de los que más quiero mi familia y mis amigos.

## **Dedicatoria**

Este no es un triunfo solo mío es compartido, con las personas que a lo largo de mi preparación profesional han estado conmigo impulsándome para seguir adelante por este motivo esta tesis se la quiero dedicar a mi madre y a mis abuelos que fueron mis principales motores para salir adelante y llegar hasta el día de hoy.



## Contenido

Introducción.....	1
1. Fundamentación del tema .....	2
1.1 descripción de la situación- problema .....	2
1.2 identificación del problema.....	4
1.3Justificación .....	4
1.4Ubicación del tema .....	6
1.5objetivos .....	6
1.5.1objetivo general.....	6
1.5.2Objetivos específicos .....	6
2.Marco histórico .....	7
2.1La enfermería y la tanatología.....	7
2.1.1 antecedentes históricos .....	7
2.1.2 ¿Qué es la tanatología?.....	10
2.1.3 El surgimiento de la nueva tanatología.....	12
2.1.4 Funciones de un tanatólogo .....	14
2.2Enfermería en tanatología.....	16
2.2.1 Función de ayuda al enfermo.....	19
2.2.2 Función docente y tutelar.....	22
2.2.3 Función diagnóstica y de vigilancia al paciente.....	22
2.2.4 Supervisión y garantía en la actividad de asistencia .....	24
2.3 La ética en enfermería.....	29
2.3.1 marco conceptual.....	31
2.3.2 declaración de principios.....	38
2.3.3 deberes de las enfermeras hacia las personas .....	43
2.3.4 deberes de las enfermeras como profesionistas .....	44

2.3.5 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. ....	45
2.3.6 derechos de los pacientes .....	47
2.4 cuidados y ayuda de la enfermera.....	51
2.4.1 cuidados de enfermería ante el dolor del paciente terminal ....	54
2.4.2 acciones e intervenciones de enfermería.....	55
2.4.3 cuidados en la agonía.....	59
2.4.4 Los cuidados generales .....	62
3. Metodología.....	73
4.Conclusiones y sugerencias .....	73
5.Glosario.....	75
6.Bibliografía .....	78

## **Introducción**

la tanatología es la ciencia encargada del buen morir consiste en dar una asistencia de máxima calidad al paciente en sus últimos momentos de vida en atenderlos en su sufrimiento no solo físico, sino también psicológico y brindar apoyo incondicional a los familiares que en muchas ocasiones son los menos preparados en cuanto al fallecimiento del familiar .

La función de la enfermera como tanatologa es guiar y preparar al paciente para la llegada de su muerte de una manera digna, disminuyendo su dolor y en un ambiente que le haga sentirse cómodo y seguro.

Se muestra los inicios de la tanatologia como que surge como una necesidad para brindar confort y alivio a los pacientes en fase terminal que por su enfermedad incurable solo estarán recibiendo cuidados paliativos que son aquellos cuidados que disminuirán el dolor y la agonía del paciente a través de cuidados específicos y la aplicación de medicamentos analgésicos para mitigar el dolor.

Se exponen los derechos que tienen todos los enfermos y que como personal de enfermería se debe hacer lo posible para que se cumplan todos y cada uno y que en conjunto con el código de ética de las enfermeras este servicio que se brinde será con mayor calidad.

## **1. Fundamentación del tema**

### 1.1 descripción de la situación- problema

La tanatología es una ciencia especializada de la medicina, que estudia científicamente la muerte y los procesos del morir, también atiende de manera profesional los casos de: suicidio, secuestro, adultos mayores, donación de órganos, discapacitados, separación, divorcio, muerte súbita, enfermedades crónicas y terminales, y sobre todo te enseña sobre la vida el sentido del vivir y del morir.

Para poder ayudar al ser que está en nuestras manos y que confía plenamente en Nosotros. Debemos de incluir en nuestra conciencia la palabra muerte, como un proceso y no un instante o momento; es un deber ayudar a nuestro paciente a vivir, más no a sobrevivir, pasando del curar al aliviar.

El ser cuidadosas en las necesidades físicas, espirituales, psicológicas y sociales de los enfermos, deben ser el núcleo central de la profesión ante el dolor, enfermedad, agonía y muerte. Utilizando nuestros sentidos para detectar las necesidades de nuestro paciente a través de la vista, tacto, oídos. El no abandonar a un enfermo es un

compromiso ético que consiste en acompañarlo en el trayecto de su enfermedad sin importar cuál sea su desenlace; sería muy gratificante que al final de la vida, justo antes de emprender la partida, el moribundo pueda tener una enfermera amiga con gran calidad humana; que le permita morir con su compañía, aliviándole sus síntomas y disipando sus temores.

## **1.2 identificación del problema**

¿Cuál es la participación de la enfermera en la preparación tanatológica dentro del servicio hospitalario en pacientes y familiares?

## **1.3 Justificación**

El siguiente trabajo se presenta con la finalidad de crear conciencia acerca de la importancia que tiene la preparación psicológica y física al paciente sobre su enfermedad y cuál será el final de la misma y no solo al paciente si no también a los familiares ya que muchas veces son los menos preparados para aceptar la muerte aunque nunca nadie lo está es por eso que existe la tanatología y nosotras como enfermeras es nuestro deber saber orientar a los pacientes y familiares para crearles la conciencia de saber que se hizo lo posible que se le dieron todos los cuidados y se le brindaba el tratamiento necesario.

También es importante que la enfermera tenga los conocimientos suficientes para poder brindar dicho apoyo ya que no todos los pacientes tienen la misma enfermedad o no son los mismos familiares y todos merecen un trato digno en esos momento por tal motivo no deben ser tratados igual cada uno merece respeto y un trato especial y se debe de estar preparado con los suficientes conocimientos para poder brindar dicha atención.

La tanatología debería ser tomada más en cuenta en relación con la enfermería pues la enfermera es la que se encuentra en mayor contacto con el paciente no solo para la aplicación de medicamentos o de cuidados sino también por ser quien los escucha por tal motivo la

enfermera debería tener preparación para este tipo de situaciones ya que en diversas ocasiones no sabemos cómo expresarnos y pudiéramos llegar a cometer alguna imprudencia frente al paciente o con los familiares y ya contando con la capacitación adecuada podemos transmitir confianza y tranquilidad que en esos momentos es lo que más necesitan así como de un ambiente adecuado en el cual se sientan seguros, cómodos, tranquilos y en Paz pues el entorno que los rodea también es de suma importancia para preparación del paciente y siempre procurar seguir al pendiente de las necesidades de nuestro paciente.

Dicha preparación no se debe olvidar también compartirla con los familiares pues en la mayoría de las ocasiones son los que menos preparados para la pérdida del familiar ya que llegan a sentir que no hicieron lo correcto o no dieron más por poder ayudarlo por eso se debe ir poco a poco creando conciencia de la situación para que llegado el momento lo puedan asimilar de una manera más natural o normal sin que se lleguen a sentir culpables si no al contrario con la plena satisfacción de saber que hicieron todo lo humanamente posible.

## **1.4 Ubicación del tema**

El presente trabajo se ubica dentro de la participación de enfermería en el campo de la tanatología

## **1.5 objetivos**

### **1.5.1 objetivo general**

Desarrollar la importancia que tiene el proceso de acompañar a una persona que se enfrenta a la muerte.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

Explicar acerca de la importancia que tiene que una enfermera cuente con los suficientes conocimientos en relación con la tanatología para poder ayudar a los pacientes y a sus familiares en la asimilación del proceso de la muerte.

## **2. Marco histórico**

### 2.1 La enfermería y la tanatología

Enfermería: Florence Nightingale no dio una definición precisa del concepto de enfermería, en su libro *Notas de Enfermería* se aprecia lo que Nightingale consideraba debía ser la enfermería: “Se ha limitado a significar un poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso apropiado del aire, de la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente”

(Nightingale, 1946 )

#### 2.1.1 antecedentes históricos

Es importante situarnos en la historia para comprender el origen de la Tanatología. Desde la época medieval, las órdenes religiosas eran las que proporcionaban consuelo y atención a los enfermos graves en sus monasterios. Posteriormente se formaron los primeros Hospicios donde se aceptaban y cuidaban a los enfermos graves y es hasta el siglo XIX que se formaron los primeros albergues en Francia para enfermos de cáncer.

- ÉPOCA MEDIEVAL - las órdenes religiosas eran las que trataban a los enfermos graves.
- SIGLO XVI - Se forman los primeros Hospicios.
- SIGLO XIX - 1842 Jeannie Garnier forma los primeros albergues en Francia, para enfermos de cáncer.
- SIGLO XX - Se forman los primeros Hospicios en Inglaterra.
- 1948 Saint Thomas Hospital, Saint Joseph Hospicio por Cicely Saunders (Bravo Mariño, 2006 )
- 1967 Saint Christopher Hospicios.
- En 1974 Se forma el Primer Hospicios en Estados Unidos.

(Bravo Mariño, 2006 )

El término Tanatología, “La ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina por sus trabajos que culminaron en la teoría de la fagocitosis. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal.

En 1930, como resultado de grandes avances en la medicina, empezó un período que confinaba la muerte en los hospitales, y en la década de 1950 esto se generalizó cada vez más. Así el cuidado de Los enfermos en fase terminal fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, de modo que la Sociedad de la época “escondió” la muerte en un afán de hacerla menos visible, para no recordar los Horrores de la Segunda Guerra Mundial.

La tanatología moderna comienza en los años sesenta con la Dra. Elizabeth Kubler- Ross, médica psiquiátrica suiza, profesora de psiquiatría de la Universidad de Chicago. Fue considerada como una de las primeras tanatólogas en el mundo en comenzar con la atención sistemática de los enfermos terminales, proponiendo modos de aproximación a sus ansiedades.

En 1969 publica su primer libro: “sobre la muerte y los moribundos”. Describe en los pacientes terminales cinco estados psicológicos en el proceso que finaliza con la muerte, donde predominan sucesivamente diferentes emociones como la negación, aislamiento, rabia, negociación, depresión y aceptación.

El doctor Alfonso Reyes fue alumno de la Dra. Elizabeth Kubler -Ross y es considerado como el pionero de la tanatología en México. Fundó la asociación mexicana de tanatología A.C. El 18 de noviembre de 1998.

Esta asociación empieza hacerse presente en hospitales, grupos, conferencias y al cumplir su primer aniversario en abril de 1999 se cuenta con la asistencia de la Dra. Elizabeth Kubler- Ross.

(torres, 2011)

### 2.1.2 ¿Qué es la tanatología?

A la muerte se le ubicaba geográficamente en una región comprendida entre dos territorios de la antigua Hélade, a la derecha el territorio de la noche (su madre) y a la izquierda el territorio del sueño (su hermano).

La muerte o Tanatos es una deidad capaz de sanar todos los males, pero como es la única entre todos los dioses que no acepta dádivas, nunca cura a nadie. Logos deriva del griego logos, tiene varios significados: palabra, razón, estudio, tratado, discurso, sentido, etcétera. La gran mayoría de los filósofos griegos le daban la acepción de sentido, pero el que haya prevalecido como estudio, tratado u otro, se debe a errores interpretativos con el transcurso del tiempo.

Para efectos de esta investigación, retomaremos para el vocablo logos el significado de sentido.

De ahí que la Tanatología pueda definirse etimológicamente como “la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte” (dar razón a la esencia del fenómeno).

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross se dio cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante

el proceso de muerte, por lo que define a la Tanatología moderna como “una instancia de atención a los moribundos”; por ello, es considerada la fundadora de esta nueva ciencia. Con su labor, la Dra. Kübler hace sentir a los agonizantes que son miembros útiles y valiosos de la sociedad, y para tal fin creó clínicas y hospicios cuyo lema es “ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, cuyo lema es “ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas”.

La nueva Tanatología tiene como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, en particular de los jóvenes, para enfrentar con éxito la difícil pero gratificante tarea de Contrarrestar los efectos destructivos de la “cultura de la muerte”, mediante una existencia cargada de sentido, optimismo y creatividad, en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad.

Con la creciente aceptación del cuidado hospitalario para las enfermedades surgió la institucionalización del nacimiento y la muerte. “Morir en un hospital, más que en la casa, se volvió la norma”.

Con el desarrollo de la tan exitosa alta tecnología médica de este siglo, se incrementó la dificultad de conciliar el énfasis entre el diagnóstico y la curación. Curar era el objetivo más importante de la medicina, por tanto, la muerte, era considerada como un fracaso.

Entonces se dificultó el cuidado de los enfermos terminales en un hospital dedicado a curar y sanar.

Las expectativas en cuanto a la salud se modificaron, y con este cambio disminuyó el número de muertes y de experiencias en torno a ella. A cambio, la muerte pasó a ser un suceso cada vez menos aceptado. Este panorama es compartido por el paciente y su familia y a menudo reforzado por médicos y enfermeras, Por lo tanto, puede ser común que el paciente terminal y su familia sean evitados dentro del ambiente hospitalario.

Por otra parte las necesidades emocionales del paciente y de quienes los cuidaban eran con frecuencia ignoradas e insatisfechas, y dada la naturaleza y, lo severo de la enfermedad, era natural ocultarle la Gravedad de su situación al paciente dejándolo solo desde el punto de vista emocional, como se puede apreciar en el relato del siguiente caso, tomado del manual del orientador experto de Gerard Egan.

### 2.1.3 El surgimiento de la nueva tanatología

Las variantes tradicionales de la tanatología se ocupan de los cadáveres. La nueva Tanatología que surgió hace más de tres décadas, se ocupa de las personas: atención a los pacientes terminales, sus familias y allegados.

Entonces se dificultó el cuidado de los enfermos terminales en un Hay dos profesionales que son claves en este surgimiento: Cicely Saunders y la Doctora Elizabeth Kübler Ross.

Se entiende por “hospicio” el movimiento desarrollado en 1967 por la Dra. Cicely Saunders, enfermera, en Inglaterra. Esta modalidad de trabajo sostiene que la persona que va a morir puede y debe ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad y sus vicisitudes.

Los hospicios representan algo más que un lugar físico en donde una persona va a morir con dignidad; es representan algo más que un lugar físico en donde una persona va a morir con dignidad; es también una actitud frente al paciente y su familia, que siempre toma en cuenta:

- 1.- El control del dolor y de otros síntomas que se presenten.
- 2.- La persona con enfermedad terminal es una persona, no una cosa que puede manipularse, por lo tanto es el paciente el que participa activamente, junto con el equipo interdisciplinario de Tanatología que lo acompaña, en las decisiones fundamentales, como la continuación o no de un determinado tratamiento o el lugar donde recibirlo.
- 3.- El paciente tiene el derecho de saber el estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que le suministran. Esto no quiere decir que se lo abrume con información no solicitada, sino que un equipo

sensible establece una buena comunicación con el paciente y su familia contestando lo que el paciente pregunta, y dicho de una forma veraz, pero teniendo en cuenta hasta donde esa persona puede tolerar esa información. Y en forma acumulativa.

4.- El apoyo a la familia, que es fundamental para poder ayudar a la persona con enfermedad terminal.

Cada uno de los miembros de la familia reacciona con pautas individuales de acuerdo a su estructura psicológica, a la historia personal y a los vínculos con el enfermo. Algunos tratarán de sobreprotegerlo y así lo aíslan o agobian con atenciones no solicitadas; otros desaparecen con distintas justificaciones. Se hacen a veces más evidentes los sentimientos negativos (rivalidad, rencores, etc.)

5.- El equipo actúa ayudando en los procesos de aflicción y duelo, detectando los casos de duelos patológicos, y sugiere la terapia adecuada.

#### 2.1.4 Funciones de un tanatólogo

El tanatólogo es el profesional capacitado para ayudar en el proceso de duelo, así como en cualquier tipo de pérdidas significativas, a la persona que muere y a aquellas que lo rodean.

Otra la finalidad del tanatólogo es procurar que al paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento.

El tanatólogo debe de tener la capacidad para “ponerse en los zapatos del otro”, con respeto, confidencialidad, cordialidad, en pocas palabras con calidad humana para poder ofrecer al paciente el apoyo que él busca.

El tanatólogo entiende, conoce el tema de la muerte y ayuda brindando apoyo durante todo el proceso de muerte, en la elaboración del duelo y así lograr vivirlo de una manera positiva.

## 2.2 Enfermería en tanatología

Nosotros vivimos en una sociedad negadora de la muerte y evitamos por sobre todas las cosas reflexionar acerca de nuestra propia muerte; esto representa un gran peso emocional porque estamos conscientes de que su ocurrencia está totalmente garantizada, de manera paradójica, natural, universal, cotidiana, indeterminable, única, individual y radical. Nadie más la puede vivir por nosotros.

La muerte no es un hecho o un instante; es un proceso que inicia desde el momento de nuestra concepción. Es un misterio inexplorado lleno de incógnitas, temores, oportunidades, angustias, opciones y es inherente a la vida, va de la mano en cada instante en nuestro largo caminar.

Como seres humanos y profesionales dedicados al cuidado de los enfermos debemos incluirla en nuestra ciencia, pensar en ella y asumirla, ya que ésta amplía nuestro horizonte vital; el cual dará un sentido y significado a nuestro diario trabajar que nos conducirá a una trascendencia en donde no se posible vivir en un plano estéril, como el que sólo se limita a pasar por el mundo sin dejar huella en su caminar.

En 1858 Florence Nightingale escribió, que nuestro objeto fundamental como enfermeras es “Situación al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe en él”. Nuestra profesión es: Una ciencia, pero también un arte.

Las bases enfermera-paciente son:

1. Observación de su comportamiento para reconocer el verdadero significado de las actuaciones y necesidades del paciente.

2. La comunicación con el paciente y su familia para llegar a conocerla y comprenderla. Un cuidado deficiente deteriora y empeora la calidad de vida en los días que le quedan a nuestros pacientes haciéndolos intolerables.

Debemos ser muy sensibles a la comunicación verbal y no verbal tanto del paciente como de su familia, con el fin de brindar una máxima ayuda ante la enorme necesidad del momento.

Nuestro principal y primordial objetivo es respetar la autonomía del paciente en su capacidad de decisión y actuación, en nuestra relación enfermera paciente.

(velasco, 2000 )

Como enfermera se tiene un compromiso ético con cada uno de nuestros pacientes, no se debe abandonarlo si no acompañarlo aliviando sus síntomas durante el trayecto de su enfermedad, respetando su autonomía, permitiéndoles partir rodeado de sus seres queridos en un ambiente cálido y de amor, nosotros en su compañía. La enfermera debe brindar calidad y calidez a sus pacientes permitiendo satisfacer

sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales como un ser humano que se encuentra en el lecho del dolor.

La profesión de enfermería no sólo debe basarse a su labor teórica, sino que debe integrar su profunda experiencia a través del contacto con sus Pacientes, lo cual le permitirá madurar, crear y ser cada día más sensitiva para estar atenta ante cualquier situación que se presente en cada momento.

Como enfermeras ante la agonía y la muerte debemos de establecer una relación terapéutica y profesional con un gran sentido de humanidad. Que nos exige el hecho en primera instancia de ser personas y en segundo lugar el ser enfermeras.

Durante el actuar como un profesional nos vamos dando cuenta que es importante el trazo de objetivos y planear las actividades; por lo que es vital en el quehacer conocer la percepción que el paciente tiene de su situación para poder establecer una relación terapéutica enfermera-paciente, de la cual dependerá en gran parte del concepto que se tenga de la enfermera misma y en el papel de enfermera; de las propias concepciones, actitudes ante la vida, salud, muerte y de la capacidad de empatía que se tenga

Toda esta influencia terapéutica y de preparación no sólo debe llegar al paciente, también se deben de tomar en cuenta a la familia, amigos y equipo de salud; con la finalidad de obtener un bien común.

Bener en 1987 clasificó en 7 campos o áreas de actividad los cuidados de enfermería ante un paciente moribundo:

2.2.1 Función de ayuda al enfermo.

2.2.2 Función docente y tutelar.

2.2.3 Función diagnóstica y de vigilancia del paciente.

2.2.4 Supervisión y garantía en la actividad de asistencia.

La muerte es un proceso natural de la vida, tan cotidiano como el nacimiento de un nuevo ser; el problema se presenta cuando nos toca vivirlo de cerca, pues en ese momento atravesamos por una serie de sentimientos tales como fragilidad, vulnerabilidad, tristeza y amargura, los cuales no estamos preparados para enfrentarlos y vivir con ellos; pues nuestra mente reacciona de manera diferente cuando estos sucesos llegan a nuestras vidas, y entonces las reacciones son intensas y muy variables algunas veces, con cambios psicológicos, conductuales y emocionales que marcan la vida por lapsos a lo largo de todo el proceso

### 2.2.1 Función de ayuda al enfermo

Se puede desglosar en:

1. Relación terapéutica. Se debe de crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermera paciente; lo cual permite conocer al

enfermo como un SER INTEGRAL. Tanto la enfermera como el paciente deben tener una idea aceptable de la enfermedad, dolor, miedo, angustia y cualquier emoción intensa o compulsiva; brindando al paciente apoyo: asistencial, social, emocional y espiritual.

2. Lograr la dignidad del ser humano frente al dolor y ante la inminencia de la muerte, proporcionando medidas de alivio enalteciendo las condiciones de vida por corta que ésta pueda ser. El personal de enfermería debe de encontrar el medio para ayudar, apoyar y consolar tanto al paciente como a sus seres queridos.

3. Permanecer al lado del paciente logrando mantener un contacto estrecho, lo que permite expresar sus emociones, aunque no sea necesario pronunciar ni una sola palabra.

4. Alertar al paciente en la participación de su propia supervisión del proceso de atención a su enfermedad, cuyo fin es aumentar el dominio del paciente sobre su vida.

5. Interpretar el dolor y elegir las medidas adecuadas para cuidar y consolar el sufrimiento.

6. Proporcionar alivio y establecer comunicación a través del sentido del tacto; por medio de un contacto cálido y humano; que transmita sentimientos de apoyo, aportando estímulos de bienestar físico y sobre todo de amor.

7. Facilitar el apoyo moral e informativo a la familia del paciente. Debemos de tener en cuenta las necesidades del paciente, pero también de una manera especial, la familia.

8. Orientar al paciente en el curso de su enfermedad acerca de las fluctuaciones emocionales y orgánicas que irá presentando.

9. Trazar objetivos con fines reales y terapéuticos; los cuales deben ser realistas y accesibles; orientándolos a la mejoría del comportamiento social, condición física, psicológica y espiritual.

10. Crear y mantener un equipo terapéutico en donde se puedan expresar los sentimientos, experiencias y dudas con el fin de sobrellevar la carga emocional que implica el trabajo de ser enfermera.

En la actualidad, hay un gran número de personas preparadas para ayudar a curar el dolor del proceso de morir, tanto en el enfermo como en la familia.

### 2.2.2 Función docente y tutelar

Esta función no sólo debe ser con el paciente sino también con el familiar y el equipo de salud.

1. Evaluar la disposición del paciente para recibir explicaciones.
2. Ayudar al paciente para que integre su enfermedad en su diario vivir.
3. Descubrir y entender la interpretación que hace el paciente de su propia enfermedad.
4. Explicar cada uno de los tratamientos y procedimientos que se va a realizar.

### 2.2.3 Función diagnóstica y de vigilancia al paciente

La enfermera es la que pasa el mayor tiempo con el paciente, por lo que es capaz de realizar un diagnóstico y ejecutar un plan de cuidados ajustado a las necesidades de cada paciente, por lo que debemos de tener en cuenta:

1. Apreciación y documentación de cambios significativos en el estado del paciente,

2. Prevenir las crisis y/o empeoramiento antes de que sea una situación grave.

3. Evitar las complicaciones.

4. Anticipación de las necesidades asistenciales del enfermo.

5. Valoración de las posibilidades de satisfacción del paciente y su capacidad de respuesta a las distintas vías de tratamiento.

La enfermera debe evaluar, proceder y movilizar al paciente idóneamente para evitar complicaciones así mismo actuar rápidamente en caso de presentarse un urgencia.

La administración y supervisión de las intervenciones y tratamientos terapéuticos estas actividades pueden ayudar a:

1. Iniciar o mantener una terapia intravenosa con mínimo riesgo y complicaciones no deseadas.

2. Administrar de manera segura y eficaz medicamentos. Estando atenta a efectos adversos, reacciones secundarias, toxicidad, etc.

3. Movilizar al paciente para evitar lesiones por presión, complicaciones respiratorias y gastrointestinales.

#### 2.2.4 Supervisión y garantía en la actividad de asistencia

1. Facilitar un dispositivo de soporte que garantice una asistencia sin riesgos.

2. Discernir qué se puede omitir o añadir a las prescripciones médicas sin riesgos para el paciente.

3. Coordinación con el equipo interdisciplinario de salud para proporcionar una atención de calidad al enfermo en su entorno bio-psico-social y espiritual.

La enfermera tiene que coordinar, ordenar y satisfacer las necesidades y exigencias de nuestros pacientes, por lo que debemos:

1. Establecer y mantener un espíritu de equipo, ser solidarios con nuestro gremio y los demás integrantes del equipo de salud.

2. Ser solícitas con nuestros pacientes.

3. Tener una actitud flexible con el enfermo, familia y equipo de salud.

Se debe comprender las necesidades de los pacientes, conocer sus capacidades y sus limitaciones. El cuidado de las necesidades físicas, espirituales, psicológicas y sociales de los enfermos que deben ser el núcleo central de la profesión ante el dolor, enfermedad, agonía y muerte todo paciente necesita ser considerado como ser humano, requiere de protección contra la rutina y la atención impersonal.

El paciente demanda tiempo que vaya más allá de la atención física, necesita ser escuchado, acompañado y que sea asistido en el:

1. Control del dolor.

2. Control sintomático por sistemas.

3. Soporte emocional.

4. Soporte familiar.

5. Consejería espiritual.

6. Asesoría profesional.

La enfermera debe de agudizar los sentidos para detectar todas y cada una de las necesidades de nuestros pacientes:

- Utilizar sus ojos para ver si se encuentra cómodo o si presenta signos de dolor.
  
- Observar su boca para ver el estado en que se encuentran las mucosas, dentadura, lengua.
  
- Observar la piel, ver si hay zonas de presión y el estado de hidratación.

- Observar el rostro; ver la expresión facial, la cual nos puede mostrar sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad, cansancio, inviabilidad, indiferencia, miedo, etc.

. Utilizar los oídos para escuchar todo lo que el paciente nos quiera comentar o trate de decirnos, preguntar en cada una de nuestras acciones realizadas si siente mejoría o no.

- Vigilar el sueño del paciente, es importante su descanso.

- Utilizar el olfato para poder percibir olores desagradables; de dónde provienen para evitar infecciones.

Nosotros podemos hacer que el paciente esté en un medio adecuado lleno de calidad, calidez y amor.

El tener a la vista objetivos conocidos pueden hacer que el paciente se encuentre más cómodo y seguro, preguntar a él y a la familia qué es lo que lo motiva más; pudiendo ser: imágenes, libros, fotos y objetos significativos; de esta forma se le concede algún control sobre su medio ya que lo ha perdido en otros aspectos de la vida diaria.

Se debe aprender a escuchar, tener tacto y no evadir conversaciones por dolorosas que sean, hay que estar ahí, escuchar al paciente, no debemos preocuparnos por reconfortar con palabras correctas. para consolar a nuestro paciente; sólo necesita la presencia, hay que usar nuestro tacto; ésta es una manera significativa de comunicación. Es vital estimular a la familia para que participe en las conversaciones, pasatiempos y actividades del paciente.

Es de vital importancia para la enfermera mantener relaciones adecuadas con todo el equipo de salud para brindar una atención de calidad a todos nuestros pacientes, manteniendo una buena comunicación con todos y cada uno de ellos.

### 2.3 La ética en enfermería

Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos-científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.

Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto,

el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

Para su mejor comprensión un código de ética debe utilizar un lenguaje claro, contar con un marco conceptual y una declaración de principios que sirvan de base para contextualizar el desarrollo del capitulado en el que se precisan los deberes de la enfermera para con las personas, los deberes como profesionista para con sus colegas y su profesión, así como los deberes para con la sociedad. El compendio de los deberes que los profesionistas de la enfermería asumen al aceptar como suyo un código de ética se resume en el denominado Decálogo.

### 2.3.1 marco conceptual

¿Qué es la ética?

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes. La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

¿Qué es el acto humano?

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.

¿Qué es la moral?

La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad.

La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado. Apela a las propias convicciones del individuo y se relaciona directamente con el quehacer humano haciendo referencia al bien y al mal.

¿Qué es la dignidad?

La dignidad debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia. La dignidad, por ser un valor inviolable que tienen esencialmente todos y cada uno de los seres humanos, independientemente de sus atributos accidentales, no tiene precio, no es comparable en ningún sentido con las cosas materiales que tienen un precio y que nunca equivaldrán al valor que la propia naturaleza concedió al hombre como ser de razón, insustituible e irrepetible, capaz de expresarse en actos de afecto, simpatía y amistad.

Desde su formalización como carrera universitaria de sustento científico, respaldo técnico y orientación humanista se han venido impartiendo como materias obligadas la ética y la deontología. Aún así existe la necesidad de disponer de un código de ética especialmente concebido para las enfermeras y enfermeros en México, que sirva de guía para su comportamiento ético.

Un código que represente el ideal del ejercicio como orientación general, pues en ética no hay una única decisión correcta; siempre hay algunas mejores que otras, en eso estriba la reflexión responsable que implica esta disciplina y es en este sentido que el código pretende ayudar a tomar la decisión pertinente, sirviendo de guía, estableciendo deberes, estimulando la conducta ética y permitiendo identificar las conductas que no lo son.

De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten

los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria

En síntesis, el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente

Fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

Lo que la ética a la enfermera le solicita y más aún le exige es que dé un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana, y que proporcione atención personalizada y humanizada, en un ejercicio de la profesión de constante interacción con la persona, concepto clave en la definición y práctica de la enfermería.

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación.

La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir. El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia

técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios.

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia. Por todo esto se hace necesario que la enfermera reconozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renuncia a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud; la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su

práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

### 2.3.2 declaración de principios

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

**Beneficencia y no maleficencia.-** Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe

Buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

**Justicia.-** La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

**Autonomía.-** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el

consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

**Valor fundamental de la vida humana.-** Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

**Privacidad.-** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La

privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

**Fidelidad.-** Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

**Veracidad.-** Se entiende como el principio de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

**Confiabilidad.-** Este principio se refiere a que la profesional de enfermería se hace merecedora de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

**Solidaridad.-** Es un principio de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

**Tolerancia.-** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia.

**Terapéutico de totalidad.-** a nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

### 2.3.3 deberes de las enfermeras hacia las personas

- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.
- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.
- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.
- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.
- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

- Fomentar una cultura de auto cuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.
- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.
- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

#### 2.3.4 deberes de las enfermeras como profesionistas

- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.
- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.
- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.
- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.
- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.
- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.
- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

### 2.3.5 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

(enfermería, 2000)

### 2.3.6 derechos de los pacientes

1° RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA (Ley General de Salud Artículos 51 y 89.)

Los pacientes en general tienen derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2° RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO (Ley General de Salud Artículos 51 y 83.)

Los pacientes tienen derecho a que el médico, la enfermera y en general todo el personal le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo.

3° RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30.)

El paciente, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4° DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80.)

El paciente , tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5° OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO (Ley General de Salud. Artículos 100 Fracc. IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos. Artículos 80 y 81.)

La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su

consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Este derecho también incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6° SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD (Ley General de Salud. Artículos 136, 137 y 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19 y 35.)

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7° CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30.)

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud actual.

8° RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA (Ley General de Salud. Artículo 55. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 71 y 73.)

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, la paciente o el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

Con forme a la ley general de salud estos son los derechos que tienen los pacientes durante su toda estancia hospitalaria y que como personal de enfermería se debe de hacer todo lo posible para que estos derechos sean respetados y se cumplan conforme están

establecidos de esta manera se estará asegurando una atención de máxima calidad que dará como resultado la satisfacción y recuperación del paciente.

#### 2.4 cuidados y ayuda de la enfermera

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. En éste sentido se definen los objetivos de los cuidados paliativos basados en los principios éticos de la practica médica, curar, aliviar y consolar.

Históricamente y desde los años 70 del siglo XX, se viene asistiendo a una importante progresión en recursos y en la delimitación de su uso razonable.

Definido claramente el concepto de enfermo terminal y de la integración del manejo de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales que el paciente requiere, corresponde a la ética Médica delimitar los cuidados mínimos.

(doyma, 1987)

Para comenzar a tratar al paciente terminal lo primero que hay que tener en cuenta es lo que se entiende por paciente terminal, es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples,

multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses).

Los enfermos terminales requieren por tanto unos cuidados muy constantes para esos síntomas tan cambiantes que no serán cuidados “intensivos” sino cuidados muy intensos, 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 Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), declara que los objetivos de los

Cuidados Paliativos son:

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar, ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

Estos objetivos se llegaran a conseguir siempre que sé actúe con:

- Una comunicación eficaz.
- Control de los síntomas.
- Apoyo a la familia.

(doyma, 1987)

El profesional de enfermería tiene que estar preparados para asistir, entender, acompañar 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 (al hablarlas y sacarlas fuera, inician 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.

Es imprescindible el abordar las necesidades del paciente desde un punto de vista no solo integral sino considerando al paciente UNICO,

es decir individualizando el tratamiento para obtener el mayor bienestar y confort, todo esto requiere humanización, empatía, y dedicación.

#### 2.4.1 cuidados de enfermería ante el dolor del paciente terminal

La enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y tratamiento del paciente con dolor. El hecho de tener un contacto más continuo e intenso con el enfermo implica que con frecuencia establece relaciones de mayor cercanía y cordialidad, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz.

Debe ser capaz de responder profesionalmente ante el paciente, estar familiarizada con los tratamientos farmacológicos y otros métodos no invasivos para favorecer, y a veces, coordinar la actuación del equipo.

Los planes de cuidados son mecanismos para prestar atención individualizada y coherente, y garantizar la continuidad de los cuidados.

La actuación de enfermería ante el dolor debe estar protocolizada con una serie de pautas detalladas, aunque esto no debe impedir la flexibilidad, ya que el dolor es una experiencia subjetiva y cambiante (según concepto de “dolor total”, definido por C. Saunders).

Actividades de enfermería:

**-Valorar el dolor del paciente:** si se identifican las características del dolor, se podrán determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo, es necesario hacer una valoración extensa del dolor tanto en cantidad como en cualidad como en la relación existente con factores psicológicos y sociales , e incluso medioambientales, no porque el paciente tenga un dolor total ,este puede ser solo clasificado como dolor ,sino que necesita de una constante valoración para adecuar la dosis y los medios analgésicos pautados o por pautar.

**-No juzgar el dolor que el paciente dice tener:** McCaflery define el dolor como “lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”, siempre creer al enfermo. Dentro de las estadísticas sobre errores que cometen los profesionales al tratar el dolor , entre ellos el personal de enfermería, esta el no creer el dolor que tiene el paciente , juzgar en base a apreciaciones físicas o psicológicas ( no esta tan avanzado como para tener ese dolor.)

(McCafLery, 1979)

#### 2.4.2 acciones e intervenciones de enfermería

-Administrar el analgésico prescrito por él medico, que se hará a horas fijas, no a demanda, los niveles en sangre del fármaco deben de ser lo más estables posibles para que el paciente no llegue a sentir dolor

innecesariamente. Si aparece un episodio doloroso imprevisto, poner una dosis extra, entre dos dosis fijas, a esta actuación también se la denomina dosis rescate.

- Evitar la desesperanza, reafirmando al paciente que si persiste el dolor siempre se le pondrá más medicación, o se usaran otras alternativas para que se le quite. Insistir que avise pronto cuando aparezca el dolor, (es más efectivo el analgésico sí se administra prontamente). Verificar que el paciente toma la medicación correctamente, por ejemplo, los comprimidos de sulfato de morfina (M.S.T.) enteros, sin aplastar o partir. Comprobar que las palomillas o agujas tipo mariposa (que se emplean para la administración de medicación subcutánea) están en buen estado, no dificultando la administración del fármaco correctamente.

- Se deben reconocer los efectos secundarios de los medicamentos y si aparecen, reforzar la información que el médico hubiera dado al paciente, de forma clara y comprensible.

- Iniciar conjuntamente el tratamiento farmacológico y las medidas generales.

- Utilización en cada caso de la vía adecuada para el fármaco, en cuidados paliativos la vía de elección es la vía oral seguida de la vía

subcutánea y solamente utilizar en casos excepcionales la vía intravenosa, no se utilizará por tanto vías dolorosas como puede ser la intramuscular o invasivas como la vía espinal..

- Es preciso evitar el movimiento innecesario.
  
- Hacer que el enfermo adopte las posiciones mas adecuadas para evitar el dolor.
  
- Ayudar a colocarle cómodamente, sin tensiones musculares.
  
- Intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso: ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono social, introversión etc. Pero tener en cuenta que aunque estos síntomas estén controlados no significa que no aparezca el dolor.
  
- Proporcionar una atmósfera adecuada, prestando atención a los detalles: luz, temperatura, olores, música, colores, fotografías, pósters, plantas... estas pequeñas cosas pueden hacer que el paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa.

subcutánea y solamente utilizar en casos excepcionales la vía

- Animarle a combatir el aburrimiento, utilizando los métodos de distracción que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades actuales: ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, escribir, pasear etc. Estos métodos nunca serán por sí solos una alternativa a la medicación.

- Adoptar medidas complementarias si fuera preciso como: estimulación cutánea (calor, frío, masaje) y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, técnicas cognitivas – conductuales (relajación, hipnosis, refuerzo positivo, musicoterapia, imaginación dirigida, retroalimentación biológica etc. ).

- Utilizar en casos determinados y bajo prescripción facultativa el método ENET.(estimulación eléctrica transcutánea)

- Realizar medidas cuantitativas del dolor a través de escalas cualitativas o cuantitativas (regla del uno al diez, o el sistema de caras)

- Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas.

- Disminución de la alerta.
- Evaluar, documentar y registrar la evolución del paciente y la consecución de los resultados previstos. El profesional de enfermería puede hacer mucho en el control del dolor, quizás no siempre se pueda aliviar, pero es importante estar ahí, escuchando al paciente, apoyándole, ayudándole a vivir dignamente hasta el momento de su Muerte.

### 2.4.3 cuidados en la agonía

La agonía se ha definido como: “El estado que precede a la muerte, en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente”.

Suele ser una situación de gran impacto, ante la proximidad de la muerte. La actuación de enfermería irá enfocada, a proporcionar al enfermo moribundo el máximo confort posible, mediante los cuidados encaminados al control de los síntomas y el apoyo psicológico, tanto para el paciente como a su familia.

Es imprescindible que los profesionales de enfermería sepan reconocer la aparición de la fase agónica en el paciente, las características más importantes son:

- Aumento de la debilidad.
- Aumento de la postración.
- Aumento del encamamiento.

- Disminución de la alerta.
- Disminución de la ingesta.
- Alteración de las constantes.
- Deterioro físico general.

Se deben observar los signos clínicos siguientes:

1. Pérdida del tono muscular:

- Debilidad.
- Incontinencia urinaria y rectal.
- Relajación muscular.
- Dificultad para tragar.
- Pérdida gradual del reflejo faríngeo.
- Disminución de la actividad del tracto intestinal con: náuseas, acumulación de gases, distensión abdominal, retención de heces.

2. Disminución de las sensaciones.

- Cianosis en extremidades.
- Piel fría primero en los pies, posteriormente manos, orejas y nariz.

3. Cambios en los signos vitales:

- Pulso lento y débil.
- Tensión arterial disminuida.
- Respiración rápida y superficial o lenta con fases de apnea.

- Sequedad en la mucosa oral.

#### 4. Afectación sensorial:

- Visión borrosa.
- Alteración del gusto y del olfato.
- Adormilados, estuporosos o comatosos.
- La audición y el tacto, se cree que hasta el final permanecen.

Los hallazgos físicos de muerte inminente son:

- Pérdida de reflejos.
- Pulso rápido y débil.
- Pupilas dilatadas y fijas.
- Descenso de la presión arterial.
- Incapacidad para moverse.
- Distrés respiratorio.
- Fases prolongadas de apnea.
- Respiración ruidosa, (estertores de muerte).

Y como signos de muerte:

- Cese de la respiración y de los latidos cardíacos durante varios minutos.
- Falta total de respuestas a estímulos externos.
- E.E.G. plano.

#### 2.4.4 Los cuidados generales

- Realizar la higiene y cambio de sábanas con mucho cuidado, si la condición del paciente es estable.
  
- La sequedad de labios y mucosa oral pueden producir dolor, los cuidados locales, son más eficaces para combatir la sequedad, que la hidratación con sueros.
  
- Proporcionar pequeños sorbos de agua, si el paciente lo desea y puede tragar.
  
- El reflejo de succión se conserva casi hasta el final, por ello se le puede facilitar gasas mojadas en agua.
  
- Si se utilizaba manzanilla con limón para lavado oral, retirar el limón, puesto que es un estimulante de las glándulas salivares y puede producir hipertrofia de las mismas, causando dolor en la cavidad oral.

- fecal (son maniobras molestas a evitar en el enfermo moribundo).
- No usar colutorios que contengan alcohol (resecando la mucosa oral), ni vaselina en los labios (es hidrófoba y producirá, también más sequedad si el paciente esta deshidratado).
  
  - Si se queja de dolor oral, aplicar lidocaína al 2%.
  
  - Quitar la dentadura postiza si esta no se adaptan bien, para prevenir desplazamientos y que el enfermo se encuentre incomodo.
  
  - Limpiar las fosas nasales con suero salino para que la respiración sea más fácil.
  
  - Colocar al paciente en su posición preferida. El decúbito lateral con las piernas flexionadas disminuye el ruido producido por los estertores y permite un acceso fácil a la vía rectal, si esta se quiere utilizar.
  
  - Si el enfermo se encuentra cómodo, no hacer cambios posturales, estos pueden provocarle más molestias si la movilización es dolorosa.
  
  - Si el paciente se encuentra estreñido, no incomodarle con medidas como enemas, microlax, tacto retal para comprobar si hay materia

fecal (son maniobras molestas a evitar en el enfermo moribundo).  
Cambio de empapadores, si existen fugas fecales.

- Si el paciente está agitado y no es portador de sonda vesical, verificar presencia de globo vesical por si este fuera la causa de la agitación (la retención urinaria se presenta en el 21% de los enfermos).

- En caso de incontinencia, el sondaje vesical (o colector urinario en los hombres) debe valorarse antes de llegar a la situación de agonía y siempre que la frecuencia del cambio de empapadores sea molesto para el enfermo.

- El sondaje vesical para comprobar la diuresis en caso de anuria es improcedente.

- Si el paciente tiene un tumor ulcerado o escara con mal olor que le incomoda, cambiarle la cura cuantas veces sea necesario.

- En caso de fiebre no poner compresas frías porque son muy molestas. Solo si origina malestar al enfermo, administrarle Paracetamol o Metamizol.

fecal (son maniobras molestas a evitar en el enfermo moribundo).

- Observar en el paciente signos verbales y no verbales de dolor, agitación o inquietud, si está consciente que sea él quien marque sus necesidades.

- Administrar el tratamiento farmacológico prescrito o las dosis extras previstas según petición del paciente.

- Si se ha colocado una bomba de infusión subcutánea, revisar punto de punción y funcionamiento de la maquina (el mal estado de la zona de inserción de la aguja, puede ocasionar la mala absorción del tratamiento, por consiguiente un mal control de los síntomas tratados).

- Procurar un ambiente tranquilo, evitando los ruidos innecesarios.

- El paciente prefiere estar con sus allegados más cercanos e íntimos, permitir su presencia todo el tiempo deseado y limitar el número de visitas según demande el paciente.

- Tratar al enfermo con la misma actitud de respeto de siempre.

- Mantener en todo momento la comunicación, sin olvidar la no verbal, como tocarle, cogerle de la mano, etc., el contacto físico debe mantenerse incluso en los pacientes comatosos, aunque no se sepa realmente si estos enfermos son capaces de recibir algún estímulo sensitivo, pero para la familia es importante comprobar que el equipo de enfermería le sigue tratando como a una persona.

- Aunque el paciente se encuentre confuso o somnoliento, intentar comunicarse con él mediante frases cortas y preguntas sencillas sobre si tiene dolor, esta cómodo, etc., como su capacidad de hablar puede estar disminuida, para conocer sus deseos tener paciencia y pararse a escuchar con atención.

- Evitar la sensación de prisa, estar siempre receptivo a cualquier necesidad. La preocupación por el futuro de los suyos y el miedo propio al sufrimiento, verbalizados o no por el paciente, le originaran una gran labilidad emocional que requerirá un fuerte apoyo y comprensión, saber acompañar, escuchar y conseguir empatizar con el paciente son las bases de esa ayuda.

El enfermo en esta fase, aun sin estar informado, conoce perfectamente su situación.

No hay que temer, pues, sus preguntas sobre ello, reafirmandole el apoyo y los cuidados necesarios, sin adoptar actitudes de negación de la gravedad del estado. En estos momentos es fundamental que el paciente no se sienta abandonado al creer que ya nada se puede hacer por él.

Para la familia es un gran impacto emocional ver que se presenta el final del paciente, las intervenciones específicas de enfermería serán:

- Mantener informada a la familia de la evolución esperada, sobre todo cuando el paciente está en el domicilio, de esta manera se evitara el ingreso por temores innecesarios en el hospital.
  
- Intentar aliviar los sentimientos de culpa que puedan surgir en los familiares, reconociendo sus aportaciones en el cuidado del enfermo y subrayándoles la idea de que han hecho todo lo necesario.
- Brindar a la familia y amigos la oportunidad, si lo desean, de compartir sus emociones.
  
- Cuando el paciente esta inconsciente, animarles a que sigan expresando su cariño hacia él, alentándoles a hablarle con suavidad.

- Las reacciones emocionales de los familiares y amigos pueden ser muy variadas, según la madurez personal y cultura de referencia de cada uno de ellos. Respetar la libre manifestación de los sentimientos, aunque no sean consideradas conductas apropiadas (gritos y llantos excesivos, por ejemplo), permaneciendo a su lado para tranquilizarles.
  
- Facilitar la presencia de la familia, incluyendo a los niños, si así lo desean, entendiendo la situación que están atravesando y adaptando en lo posible las normas del centro a sus necesidades (flexibilidad en las horas de visita, posibilidad de espacios para que puedan descansar, sillones, etc.).
  
- Permitir que los familiares puedan participar en los cuidados para que, de esta manera, puedan sentirse más útiles.
  
- Algún miembro de la familia, sobre todo los que llegan a última hora, pueden producir alguna situación de tensión con el equipo debido a lo que ellos consideran demandas no satisfechas de cuidados. Estas actitudes deben entenderse como signos de estrés emocional. Adoptar una actitud amable y comprensiva, aunque a la vez de firmeza, ante los excesivos requerimientos de cuidados.

- No juzgar posturas de alejamiento de la familia con respecto al enfermo porque las vivencias previas entre ellos nos son desconocidas.
  
- Se cree que el tacto y el oído son los últimos sentidos que se mantienen hasta la muerte. Aunque no hay evidencia científica, aconsejar a la familia que sean prudentes en los comentarios delante del paciente.
  
- Si la familia insiste en la administración de sueros, indicarle pacientemente que estos no son necesarios durante la agonía y que pueden producir más problemas que beneficios (aumento de edemas, secreciones, veno punciones, etc.).
  
- Las preguntas que la familia suele hacer al equipo sobre la hora en que sucederá la muerte del enfermo reflejan la angustia que padecen y/o los deseos de que el paciente no sufra más. No deben ser juzgadas como intereses egoístas de la familia en espera de un rápido final.

- Entrar en la habitación del paciente para comprobar si se necesita algo. No es necesario decirles nada en especial, solo ofrecerles ayuda y facilitar que expresen su dolor si así lo desean

- Si el paciente está en el domicilio, dejar instrucciones de a quien pueden dirigirse en caso de necesidad o que pasos han de seguir después del éxitus.

Del tipo de relación establecido con la familia dependerá la eficacia de las medidas de apoyo dirigidas a ellas, para lo cual es indispensable crear un clima de confianza en fases previas.

La información continúa y asequible a los familiares es el elemento esencial que les permitirá afrontar con mayor serenidad el final, además de evitar demandas terapéuticas poco realistas al equipo (mayor intervención médica o administración de sueros, etc.).

Quizás los familiares avisen al profesional de enfermería por cosas que parezcan triviales, pero hay que tener en cuenta que puede que antes no hayan visto nunca morir a nadie.

El desconocimiento del proceso les impulsará a preguntar sobre todo lo que esté ocurriendo para comprobar si es normal. La familia siempre recordará estos momentos, de ahí la importancia de nuestra actitud.

El profesional de enfermería debe saber, que el tratamiento médico que tenía el paciente terminal, cuando aparece la fase agónica debe revisar sus objetivos para adaptarlo a la situación final. Se suspenderán fármacos que no proporcionen un beneficio inmediato (antidepresivos, insulina, laxantes, antibióticos, etc.), se cambiará la vía de administración, si es necesario, pasando de la oral a la subcutánea y se tratarán los síntomas como:

- **El dolor:** el fármaco de elección es la Morfina, nunca suspender los opiáceos, aunque entre en coma el paciente (evita posible descontrol del dolor y el síndrome de deprivación narcótica).

- **La disnea:** el único objetivo a conseguir durante la agonía es reducir en el paciente la percepción de falta de aire. El tratamiento de elección es la Morfina, si existe ansiedad se asocian benzodiazepinas.

- **Estertores:** la respiración ruidosa por secreciones produce más ansiedad en la familia que en el propio paciente, ya que este puede que no sé de cuenta por la disminución del nivel de conciencia.

El tratamiento de elección son los anticolinérgicos (broncodilatan y disminuyen la secreción salivar), como la escopolamina (también tiene efecto sedante) o la Buscapina simple®. Para que sea efectivo el tratamiento, se debe de implantar, cuando las primeras secreciones son escuchadas. Colocar al enfermo en decúbito lateral con la cabeza ligeramente hacia delante, para que la boca quede cerrada y no haga ruidos.

La bronco aspiración no se suele utilizar ya que es una medida muy traumática y molesta para el paciente, excepto si las secreciones se encuentran en la oro faringe.

### **3. Metodología y diseño**

Es cualitativa porque es base de fuentes bibliográficas ya que requirió del análisis de libros, artículos, revistas y páginas de internet extrayendo la información adecuada.

El diseño de la presente investigación se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos:

Principalmente con la búsqueda de un problema de investigación y de interés personal relacionado con la enfermería y la atención y siguiendo el modelo de la Dra. Latsy Balseiro A. en cada uno de los pasos para la culminación de la tesis, continuando con la investigación en libros, revistas, artículos y sitios web con la finalidad de la elaboración de un marco teórico.

### **4. Conclusiones y sugerencias**

En base a toda la información analizada se concluye que la preparación tanatológica también se debe de impartir al personal de enfermería ya que esta es la persona que se encuentra en mayor contacto con el paciente hospitalizado incluso más que los familiares por esta razón es de suma importancia la presencia de la enfermería ya que bajo las circunstancias en las que se encuentra el paciente la enfermera se encarga de satisfacer las necesidades del paciente y para lograr que el paciente nos comunique sus necesidades se debe establecer un buen dialogo para obtener la confianza y posteriormente poder satisfacer dichas necesidades.

Como personal de enfermería no se puede permitir tener fracaso en la comunicación por que esta falta nos llevaría a la incrementación de

## 5. Glosario

estrés, que compromete los cambios biológicos, psicológicos y sociales.

La enfermera es la principal que tiene que estar consciente de que la muerte es algo natural que ocurre todos los días y que al estar en un hospital con personas enfermas se enfrentara a esta situación constantemente y contar con la preparación tanatologica suficiente que le permita dar al paciente y a los familiares la información y el apoyo necesario.

La enfermera es la encargada de hacerles saber a los pacientes y a los familiares cual es el actual estado de salud del paciente sea grave o critico siempre con las palabras adecuadas y de este modo se logra crear un ambiente en donde todos están conscientes ya de lo que puede suceder, la enfermera siempre debe estar pendiente del paciente de brindarle los cuidados necesarios y oportunos y así al enfrentarse a una situación de muerte la enfermera ser capaz de acercarse al paciente y preguntarle cuáles son sus últimas necesidades si necesita despedirse de alguien o si quiere que le llamamos a algún familiar en particular o si desea dejar algún mensaje en caso de ya no poder ver a sus familiares.

## 5. Glosario

1°Acreditación.- Facultad que se otorga a una persona o institución que se otorga para asumir una responsabilidad o función.

2°Autocuidado de la salud.- Conjunto de medidas que propone el equipo de salud a las personas, y que éstas deciden adoptar, para mejorar la salud y el bienestar propio y de su familia, en el seno de las actividades cotidianas. Condición libre y reflexiva de la persona para conservar su salud en las mejores condiciones.

3°Certificación.- Atribuir certeza de un conocimiento o profesión por medio de un documento público expedido por una institución educativa, colegio o sociedad conformada ex profeso para este fin.

4°Colegiada.- Participación como miembro activo de un colegio o asociación.

5°Competencia.- Conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, para la realización del ejercicio profesional.

6°Cuidados de la enfermería.- Intervenciones que se proporcionan a la persona con la finalidad de prevenir enfermedades; fomentar, preservar y restaurar el estado de salud.

7°Declaración de principios.- Formulación de ciertas palabras que constituyen una proposición como la razón que norma o fundamenta el actuar. Son máximas inapelables como fundamento del bien humano y social.

8°Dignidad.- Cualidad intrínseca del ser humano que le confiere la condición de fin en sí mismo, no mediatizable y que implica respeto y decoro en el comportamiento. Cualidad interior sumamente apreciada de bienestar y valor personal. Excelencia de la condición humana.

9°Elitista.- Individuo que injustamente prefiere y favorece a los mejores individuos de un grupo, en perjuicio de otros.

10°Equipo de salud.- Grupo humano de diferentes disciplinas que trabajan entre sí en beneficio de la salud de las personas.<sup>21</sup>

11°Integridad.- Cualidad de rectitud y honestidad en el comportamiento del individuo. Probidad incorruptible.

12°Juicio crítico.- Apreciación hecha con razón y conocimiento pleno sobre el valor ontológico de las personas, las cosas, los hechos y cualquier proposición.

13°Persona.- Consideración radical y excepcional de cada hombre y/o mujer como individuo, integralmente constituido física, espiritual y socialmente; como sujeto de derechos y obligaciones; y como núcleo íntimo abierto a las personas, a las cosas y a la trascendencia. La

7°Declaración de principios.- Formulación de ciertas palabras que persona tiene un yo que es la biografía de todo lo que ha vivido, con su fisonomía, carácter y las relaciones con su mundo.

14°Racista.- Ideología que detenta la superioridad de un grupo social respecto a otros grupos.

15°Secreto profesional.- Deber que tiene la enfermera de comportarse con reserva y discreción respecto a la información que obtiene de las personas a su cuidado.

16°Seguridad e higiene.- Son los procedimientos, técnicas y elementos que se aplican en los centros de trabajo para el reconocimiento, evaluación y control de los agentes nocivos que intervienen en los procesos y actividades de trabajo, con el objetivo de establecer medidas y acciones para la prevención de accidentes o enfermedades de trabajo, a fin de conservar la vida, salud e integridad física de los trabajadores; así como evitar cualquier posible deterioro al propio centro de trabajo.

17°Servicio social profesional.- Obligación constitucional que tienen todos los profesionistas de prestar sus servicios en forma temporal, de acuerdo a las necesidades sociales. Es un compromiso para con la población que más requiere de su apoyo. En el caso del personal de salud, están exentos de realizar el servicio, quienes realizan actividades en los colegios o asociaciones profesionales.

18° Xenófoa.-Actitud de hostilidad que asume un individuo, o un grupo social por los extranjeros.

18° Xenofobia.- Actitud de hostilidad que asume un individuo, o un grupo

## 6. Bibliografía

- ARIES, philipe. El hombre ante la muerte, Madrid: taurus ediciones, 1984.
- BALSEIRO P, Latsy. Tesinas: Editorial Trillas (2010).
- BEHAR, Daniel. Un buen morir, México: Editorial Pax 2004
- Bravo Mariño, M. (2006 ). Revista Digital Universitaria . *Revista Digital Universitaria*
- COMMELIN, P. Nueva mitología griega y romana. México: Ed. Divulgación, 1955
- Dirección General de Profesiones. Secretaría de Educación Pública. Prototipo de Código de Ética Profesional. México, D.F. 1998.
- doyma. (1987). paciente terminal y muerte .
- enfermería, c. i. (2000). Código Deontológico del CIE para la . ginebra, suiza.
- KUBLER-ROSS, Elisabeth. La rueda de la vida. Bilbao: Grafo Ediciones, 1998
- KUBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Editorial Grijalbo, 1975
- McCafLery. (1979). *Manual clínico para la practica enfermera.*
- Nightingale, F. (1946 ). *teorias y modelos en enfermería* . Obtenido de <http://teorias-modelos.blogspot.mx/2010/03/florence-nightingale.html>
- Organización Panamericana de la Salud. Confrontación de las definiciones y los conceptos de ser humano y persona. Colección de

cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1995 – 1999. Capítulo 2 y 4. <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/nubiab.htm>

-Secretaría de Educación Pública. Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. México. 1994

-THOMAS, Louis-Vincent. Antropología de la muerte. México: Fondo de Cultura Económica, 1983

-torres, f. I. (2011). diplomado en tanatología . *envejecimiento, tanatología* . mexico .

-velasco, L. M. (agosto de 2000 ). *el papel de la enfermera en tanatología* .

cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1995 – 1999. Capítulo