



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

"IGNACIO CHAVEZ"

ESCUELA DE ENFERMERIA

ENFERMERIA Y LA ATENCION AL PACIENTE TERMINAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LIC. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

JULIETA MENDOZA TRUJILLO

ASESORA: LIC. ENF. MARIA DE JESUS PEREZ HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

JULIO 2000

23/05/00



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedico este trabajo de manera especial al ser que llevo dentro de mí; que es producto del amor entre sus padres y que nos ha otorgado gran felicidad; porque nos ha hecho comprender la magnificencia de Dios, la vida y el amor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco ante todo a Dios, a mis padres Alberto y Lourdes, a mi tía Martha, a mi hermana Elizabeth y actualmente a mi esposo Ricardo por darme la fe, apoyo y amor que todo ser necesita para seguir adelante. Así como a mis profesores; en especial a mi asesora la Lic. Enf. María de Jesús Pérez Hernández por ser más que una guía, una amiga.

INTRODUCCION

Dado que la muerte es parte del ciclo vital de todo ser humano y de tradición en nuestra cultura mexicana y más aún como parte inseparable en un medio de atención a la salud; por esto, se convierte en un hecho de importancia durante el ejercicio del profesional de enfermería para saber cómo afrontar, ayudar y brindar los cuidados con calidad y calidez al proporcionar maniobras de RCCP al paciente terminal, aún sabiendo las inciertas expectativas de vida; y así, enfrentar las limitaciones personales y profesionales ante esta situación, lo que permitiría que los cuidados de enfermería a los que se tiene derecho como individuos basarlos en los valores éticos, morales y científicos.

Así, el presente trabajo es resultado de la revisión y el análisis de diversos documentos de la ciencia tanatológica, con referencia a el paciente terminal y la participación de enfermería en reanimación cardiocerebropulmonar (RCCP).

Se enfocará al profesional de enfermería que atiende a enfermos terminales o en fase terminal, que independientemente de la patología de fondo, los conduce a maniobras de RCCP e incluso a su muerte; por lo el personal manifiesta diversos comportamientos y calidad de atención hacia los mismos.

Se darán a conocer aspectos generales como: antecedentes históricos de la RCCP y tanatología, conceptos fundamentales de RCCP, tanatología, paciente terminal, paciente en fase terminal, etapas de duelo, eutanasia, aspectos bioéticos y anatomofisiología básica del sistema cardiovascular; para identificar la trascendencia de este hecho en el afectado y en nosotros como personal de salud, pero ante todo como individuos integrales ayudando a otro semejante.

Contará con un apartado de alternativas de cuidado para la atención a este tipo de pacientes.

INDICE

Agradecimientos	
Introducción	
Justificación	1
Antecedentes históricos	3
Marco teórico:	
RCCP	5
Bioética	24
Anatomofisiología básica del sistema cardiovascular	25
Planteamiento del problema	41
Objetivo general	42
Objetivos específicos	43
Hipótesis	44
Diseño	45
Metodología:	
Material y métodos	46
Variables	47
Procedimiento de captación de la información	52
Plan de tabulación	53
Análisis estadístico	54
Recursos	55
Riesgos de la investigación	56
Tabulación de los resultados:	
Tabulación	57

Conclusiones	70
Experiencia al aplicar el instrumento	73
Sugerencias	75
Alternativas de cuidado de enfermería al paciente terminal:	
Alternativas de cuidado al paciente terminal	77
Anexos:	
Anexo 1: Cronograma	82
Anexo 2: Cuestionario	84
Bibliografía	90
Documentación revisada a través del internet	91
Citas bibliográficas	94

JUSTIFICACION

En nuestro país el número de decesos causados por enfermedades cardíacas, ha avanzado a pasos agigantados que a partir de esta década se ubica como la primera causa de muerte. Esto se ve acrecentado debido a factores de riesgo para este tipo de padecimientos como son: tabaquismo, hipertensión arterial, dieta alta en colesterol, obesidad, sedentarismo, diabetes mellitus o bien a factores hereditarios, edad y sexo; por mencionar algunos.

Algunas de estas muertes pueden evitarse gracias a la RCCP por personas debidamente capacitadas. Además, el apoyo vital básico no es sólo para personas cardiópatas, sino para aquellas que por alguna patología, traumatismo, ahogamiento, electrocución, obstrucción de la vía aérea superior por cuerpos extraños, reacciones anafilácticas y otras causas puedan requerirlo.

Aunque los avances en conocimientos y tecnología médica han llegado a ser una ayuda alentadora, en muchos casos se convierten en un medio para prolongar la agonía, sin embargo, a pesar de ello tendríamos que reflexionar y preguntarnos: “¿estaremos cayendo en el hecho donde nuestro ego y deseo de poder hagan que se pierdan todo respeto y valores fundamentales hacia la vida, por el hecho de decir “puedo vencer a la muerte”?”.

Por ello, es prioritario que en este nuevo milenio como profesionales de enfermería retomemos los valores fundamentales del hombre para que nos concienticemos que la muerte es parte de la vida y de la importancia de un deceso “digno” para el paciente terminal, más aún siendo nosotros responsables de su cuidado; por lo que ¿estamos capacitados para brindar los cuidados que requiere el paciente terminal, así como afrontar la carga emocional que esto nos implica?.

La profesión de enfermería no cuenta con suficiente documentación sobre esta problemática, de ahí la trascendencia de esta investigación cuyo propósito es el dar alternativas de cuidados de enfermería que permitan mejorar la calidad de atención proporcionada al paciente terminal ante una urgencia médica como lo es el dar maniobras de RCCP.

ANTECEDENTES HISTORICOS

En este apartado se dan a conocer generalidades acerca de antecedentes históricos de la RCCP y tanatológicos, para posteriormente abordar a fondo la importancia del papel del profesional de enfermería y su relación ante el paciente terminal al cual se le brinda apoyo vital básico y avanzado.

1) ANTECEDENTES HISTORICOS EN MEXICO CON RELACION A LA RCCP.

En la década de los 80's gracias al Dr. Luis Lojero en la ciudad de Monterrey y contando con el apoyo de la American Heart Association (AHA), dieron paso a la impartición de cursos de Apoyo Vital Básico o también conocido como Basic Life Support (AVB o BLS) y del Advanced Cardiac Life Support (ACLS) o curso de Apoyo Vital Avanzado Cardiológico (AVAC).

Tiempo después en la ciudad de México se capacitó a profesionales del Hospital ABC (American British Codwray) y del Hospital Español, para que difundieran sus conocimientos a otros centros de atención como el Instituto Nacional de Cardiología (INC), el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ), el Hospital Central Militar (HCM) y el Centro Hospitalario del Estado Mayor Presidencial (HCMP); de esta manera se han ido conociendo el AVB y el AVAC no sólo para el equipo de salud, sino para la población en general.¹

2) ANTECEDENTES HISTORICOS EN MEXICO CON RELACION A LA TANATOLOGIA.

Nuestra cultura es vasta en tradiciones de antaño, una de ellas es con referencia a la muerte. Desde tiempos prehispánicos y aún después de la colonización de los españoles, la muerte era algo sagrado, místico y de gran valor.

Por ejemplo, los mayas construían plataformas en sus templos para que allí tuvieran descanso sus muertos, se les enterraban en ataúdes de madera con grandes ofrendas y el cadáver era adornado minuciosamente, para proseguir su encomendación al Dios Sol, a la Diosa Luna, a la Diosa Madre y a la Diosa Muerte.

También para los toltecas la muerte revestía de gran importancia, ellos ofrecían sacrificios al cenote sagrado de hombres que eran arrojados en este lugar, así mantenían contentos a sus dioses y decían que los sacrificados no morían sino que llegaban a un lugar frío y de allí partían con el Sol y la Luna en un mismo camino hacia la inmortalidad.

Todas estas tradiciones se han ido modificando hasta nuestros días, pero sin perder esa expectativa hacia la muerte. Tal es el caso, en Oaxaca se cree que el difunto debe ir acompañado por un perro negro que lo ayude a pasar un río y que enfrentará un camino lleno de peligros como pasar entre dos montañas que tienden a cerrarse. Así, al fallecido lo deben sepultar con alimentos y sus ropas, ofrecerle misas para que llegue a su destino final el descanso eterno; o de lo contrario los familiares tendrán castigo Divino.²

Es tal la importancia de la muerte que los días 1° y 2 de noviembre se celebran a los difuntos y se les recuerda poniendo ofrendas en su honor con lo que más disfrutaban en vida.

Por lo que estos hechos, el “convivir de vivos y muertos” hace que para nuestra cultura la palabra muerte tenga un significado especial, pero esto llevado en la vida práctica causa tal conmoción que todavía no nos atrevemos a confrontarla.

MARCO TEORICO

RCCP

La muerte es un evento trascendental y cotidiano que se ha considerado desde múltiples puntos de vista y constituye para muchas religiones el paso a otra vida. Para la ciencia moderna, es el final de las funciones orgánicas lo cual ha motivado al hombre a buscar formas de evitarla.

Ante el avance tecnológico se exige de los prestadores de servicios de salud, una continua preparación para la atención de urgencias y cuidados cardiacos.

La AHA de los Estados Unidos de América, implementó los lineamientos de la RCCP, en base a investigaciones científicas desarrolladas en todo el mundo. Es así que las maniobras de RCCP se convierten en la única posibilidad de retornar a la vida a una persona después de la muerte clínica. No obstante, se debe tener presente que estas maniobras tienen condicionada su eficiencia a la capacidad del personal que las aplica, así como de las circunstancias que rodean el escenario de un paciente en paro cardiorespiratorio, variando en su éxito de un 15 a 85 % de esta manera se establecen el AVB y el AVAC.

1) AVB.

Consiste en brindar al paciente una respiración y circulación artificialmente con respiración asistida y masaje cardiaco externo. Esto tiene como objetivo el proporcionar oxígeno al cerebro y corazón mientras se brinda atención médica definitiva (AVAC).

La clave del éxito para el AVB es iniciarlo con rapidez antes de 3 minutos posteriores al paro respiratorio y/o cardiaco.

Estas maniobras pueden ser aplicadas por cualquier persona, aún por aquellas que no tienen conocimientos médicos profundos, pero que hayan sido entrenadas bajo la supervisión de expertos.³

I. RCCP básica. La RCCP básica se basa en el ABC, asegurando en primer lugar una adecuada permeabilidad de la vía aérea (la A del inglés airway); en segundo lugar que la ventilación es efectiva y que produce un adecuado intercambio gaseoso (la B del inglés breath), y en tercer lugar que la circulación sanguínea sea restituida (la C del inglés circulation). Estos tres aspectos de la RCCP básica son prioritarios en este mismo orden, ya que el establecimiento de una vía aérea permeable debe ser el objetivo inicial y prioritario.

A. Mantenimiento de la vía aérea. En el paciente inconsciente, la vía aérea superior puede llegar a obstruirse a causa de la relajación de los grupos musculares del tracto respiratorio superior. Si se sospecha la obstrucción de la vía aérea superior por un cuerpo extraño, la vía aérea debe ser obstruida, bien manualmente o, si ello no es efectivo, mediante la maniobra de Heimlich (que se realiza presionando con fuerza con el tórax anterior el abdomen bajo del paciente en decúbito supino).

1. Cuando existe respiración espontánea, a menudo la permeabilidad de la vía aérea puede asegurarse mediante una serie de maniobras mecánicas simples que implican la boca, el mentón y la mandíbula. Si no existe lesión en la columna cervical, simplemente inclinando la cabeza hacia atrás puede resultar muy efectivo para la apertura de la vía aérea, y de ser así, los signos de obstrucción respiratoria, tales como el estridor, pueden desaparecer. En algunos pacientes, la colocación de una vía aérea oral o nasal, procurando que no produzca náusea o vómito, seguida de ventilación mediante mascarilla con bolsa, puede proporcionar una adecuada oxigenación mientras el médico atiende otros aspectos de la RCCP. En otros pacientes con respiración espontánea, la tracción mandibular (la cual se realiza colocando los dedos por detrás de ambos ángulos mandibulares y desplazando la mandíbula hacia adelante) o la elevación del mentón puede proporcionar un completo control de la vía aérea superior. La tracción mandibular, la cual un mínimo o nulo desplazamiento del cuello, es la maniobra

inicial de elección en pacientes con posibilidad de lesión de la columna vertebral cervical. En todos los casos deben administrarse suplementos de oxígeno.

A pesar de los esfuerzos inspiratorios del paciente, del uso de suplementos de oxígeno y de la aplicación de las técnicas para abrir la vía aérea, los enfermos con una inadecuada oxigenación requieren el establecimiento urgente de una vía aérea permeable. La maniobra preferida es la intubación orotraqueal a no ser que exista una de las siguientes contraindicaciones: lesión potencial de la columna cervical, obstrucción mecánica de la vía aérea superior, limitación importante de la movilidad de la columna cervical, traumatismo perioral importante o imposibilidad para la apertura de la boca del paciente, por ejemplo durante una convulsión o asociada a dientes muy apretados. En muchos de estos casos, la intubación nasotraqueal es una técnica útil que puede ser utilizada cuando existen contraindicaciones para la intubación orotraqueal. En el enfermo con una posible lesión en la columna cervical, la colocación de un tubo nasotraqueal mientras la columna cervical permanece inmovilizada es a la vez una técnica segura y efectiva. La intubación nasotraqueal no deberá realizarse en aquellos enfermos que presenten un traumatismo maxilofacial importante, ya que puede producirse la entrada del tubo a través de las líneas de fractura. Por diferentes motivos, en algunos pacientes puede resultar imposible permeabilizar la vía aérea a través de la intubación orotraqueal o nasotraqueal. En éstos, la ventilación mediante una mascarilla con bolsa a través de un tubo nasal u oral (durante este período debería comprobarse la correcta oxigenación por medio de análisis gasométricos seriados de sangre arterial), la cricotirotomía y la traqueostomía son opciones adicionales.

2. En enfermos sin respiración espontánea, debe actuarse de manera inmediata para establecer una vía aérea para la administración de oxígeno. Debe iniciarse una ventilación asistida mediante mascarilla con bolsa y oxigenoterapia al 100 % a través de una vía oral o

nasal. Cuando sea posible, se valorará la oxigenación mediante pulsioxímetro. En estos casos, la intubación endotraqueal está indicada y deberán considerarse la cricotirotomía y la traqueostomía como alternativas para aquellos enfermos que no puedan ser oxigenados ni intubados endotraquealmente.

B. Respiración. Una vez que se ha establecido la permeabilidad de la vía aérea, los enfermos con una ventilación espontánea inadecuada requieren ventilación artificial; las técnicas boca-boca, boca-nariz, boca-estoma, boca-vía aérea han sido utilizados con resultados variables. En la RCCP con un solo reanimador, éste deberá realizar dos insuflaciones de 1 - 1.5 seg. cada una, después seguirá con dos insuflaciones cada 15 compresiones torácicas (a un ritmo de 80 - 100 compresiones/min). Si la RCCP la realizan dos reanimadores, debe realizarse una insuflación después de cada 5 compresiones torácicas; la frecuencia de éstas deberá ser de 80 - 100/min. Cuando sea posible, es preferible y más efectiva la ventilación mediante una mascarilla ambú con una vía orofaríngea o nasofaríngea que la ventilación boca a boca (100 % FIO₂). Si esta ventilación mediante mascarilla es efectiva, es también preferible a la ventilación intermitente a causa de múltiples intentos de intubación endotraqueal fallidos. La confirmación de que la ventilación es correcta se lleva a cabo mediante la comprobación de estertores respiratorios bilaterales, de un aumento del diámetro torácico después de cada insuflación, de la mejoría en la coloración cutánea y de la mejoría de la gasometría arterial o de la pulsioximetría.

C. Circulación. Las compresiones torácicas deberían iniciarse con el establecimiento de la vía aérea y de la ventilación. Un golpe precordial es ocasionalmente efectivo para iniciar la actividad cardíaca, especialmente si se ha presenciado el paro cardíaco, el paciente se encuentra sin pulso y no se dispone de manera inmediata de un desfibrilador. El golpe precordial puede recuperar entre un 11 - 25 % de casos de taquicardia ventricular (TV),

pero también puede desencadenar fibrilación ventricular o asistolia (la AHA opina que el golpe precordial es una técnica de soporte vital avanzado que no debería ser utilizada por personal no experto). El masaje cardíaco debe realizarse con el paciente colocado en decúbito supino sobre una superficie dura y colocando el talón de una de las manos sobre la mitad inferior del esternón y el talón de la segunda mano encima de la primera. Debe evitarse la compresión directa sobre la apófisis xifoides. Con los codos extendidos, deben realizarse las compresiones para que el esternón se deprima entre 4 - 5 cm en los adultos. Los conocimientos actuales sugieren que son los cambios en la presión intratorácica causados por la compresión los que provocan un aumento del gasto cardíaco, y no se cree que la compresión ventricular mecánica sea el mecanismo primario de la efectividad de las compresiones. Actualmente se encuentran en estudio otras nuevas técnicas basadas en estos principios para mejorar el flujo sanguíneo durante la RCCP como son la compresión torácica y la ventilación simultáneas, el pantalón militar antishock, la compresión abdominal intercala y la sujeción abdominal continua. Las compresiones deben ser suaves y ser realizadas a una frecuencia aproximada de 80 - 110/min. La eficacia de las compresiones torácicas se comprobará mediante la palpación de los pulsos femorales o carotídeos después de cuatro ciclos de compresión y ventilación (relación 15:2), y debe percibirse un impulso en estos lugares después de cada compresión que demuestre la efectividad hemodinámica de la reanimación.

Como se ha sugerido anteriormente, la ventilación debe acoplarse entre las compresiones a la frecuencia de una ventilación cada 5 compresiones cuando la RCCP la realizan dos reanimadores.⁴

2) AVAC.

Una vez que se ha prestado asistencia básica en el área prehospitalaria, toca al personal profesional de la salud, brindar el soporte cardíaco avanzado (SCA). Para obtener resultados más satisfactorios en RCCP es preciso que el SCA se de antes de los 8 primeros minutos del paro cardíaco. El SCA no es sólo aplicado durante una reanimación cardiopulmonar, implica una serie de conocimientos y habilidades que el médico y enfermera deben dominar para asegurar el éxito en pacientes aún antes de presentar un paro cardíaco.

Estos cuidados cardíacos avanzados incluyen:

1. Soporte vital básico.
2. La utilización de equipo y técnicas para obtener una circulación y ventilación efectivas.
3. Identificación del ritmo cardíaco por electrocardiografía y monitorización continua.
4. Establecimiento de un acceso intravenoso.
5. Tratamiento eléctrico de arritmias.
6. Tratamiento farmacológico de las diferentes situaciones de paro cardiorespiratorio.
7. Tratamiento del infarto agudo del miocardio.
8. Cuidados en el estado postreanimación.³

II: RCCP avanzada. Inmediatamente después de la llegada al servicio de urgencia, o tan pronto como sea posible en el lugar donde se halle, deberá determinarse el ritmo cardíaco del paciente. Esto se consigue más rápida y fácilmente mediante las palas del desfibrilador que perciben la actividad cardíaca subyacente a través de la pared torácica anterior; los electrodos externos son también útiles pero requieren algo más de tiempo para aplicarlos. Si existe fibrilación ventricular, deberá realizarse desfibrilación inmediata a 200 J; si ésta resulta ineficaz deberá repetirse inmediatamente a 300 y después a 360 J. Si a pesar de ello no se recupera un ritmo adecuado, o si la asistolia era el ritmo inicial o aparece en algún momento,

deberá iniciarse la RCCP básica, obtenerse un acceso intravenoso y llevarse a cabo la intubación (si el enfermo no estaba ya intubado) utilizando las técnicas oro o nasotraqueales. En contraste con la naturaleza "ciega" de la intubación nasotraqueal, la intubación orotraqueal requiere la visualización de las cuerdas vocales y de los aritenoides antes de proceder a la intubación. La presión aplicada por un ayudante sobre el cricoides ayudará a visualizar estas estructuras, así como protegerá de la regurgitación del contenido gástrico. Si es posible, y particularmente en enfermos con hipotensiones graves, se utilizará un aparato de ultrasonidos - Doppler para comprobar los pulsos y el flujo sanguíneo.

A. Acceso intravenoso. El acceso venoso debe establecerse inicialmente en una vena periférica (p. ej., utilizando las venas de la fosa antecubital que generalmente son las venas periféricas más accesibles). Es preferible no utilizar al principio venas centrales, ya que requieren un mayor tiempo para su canalización y obligan a interrumpir la RCCP; las venas de la mano y de la muñeca son también menos útiles, así como la cateterización de la vena femoral (a no ser que se consiga colocar un catéter largo por encima del diafragma). Deberá tenerse en cuenta que se requieren 1 - 2 minutos para que las medicaciones administradas en una vía periférica alcancen el corazón; esto es así incluso cuando la RCCP es adecuada. Por ello, muchas instituciones recomiendan colocar un catéter cantral si, después de la administración de fármacos, no se recupera la circulación. En el paciente intubado, la cateterización de la vena yugular interna es la que menos interfiere con las compresiones torácicas. Cuando no pueden obtenerse una vía central, muchas medicaciones pueden administrarse a través del tubo endotraqueal, como adrenalina, atropina y lidocaína, las cuales deben administrarse a las mismas dosis. El bicarbonato, en cambio, no debe administrarse por vía endotraqueal debido a sus efectos adversos sobre el pulmón.

B. Recomendaciones adicionales. En el pasado, el uso de bicarbonato sódico era recomendado para el tratamiento de la acidosis asociada al paro cardíaco. Recientemente, el uso de bicarbonato sódico rutinario es desaconsejado en la RCCP: La causa de este cambio se debe a la falta de evidencia que sustente el uso de este álcali para mejorar el pronóstico de la RCCP rutinaria, así como a una serie de factores negativos. Por ejemplo, el bicarbonato:

- 1) no facilita la desfibrilación ni mejora la supervivencia en animales de experimentación con fibrilación ventricular;
- 2) desvía la curva de saturación de la oxihemoglobina a la izquierda, inhibiendo la liberación de oxígeno a los tejidos;
- 3) produce una acidosis paradójica en las células, la cual es el resultado de la capacidad del dióxido de carbono, liberado a partir del bicarbonato sódico, de difundir libremente al interior de las células y deprimir la función celular;
- 4) puede inactivar las catecolaminas administradas, y
- 5) induce otra serie de efectos adversos debidos a la alcalosis sistémica secundaria a su administración intempestiva.

Así pues, la administración de bicarbonato rutinaria en la RCCP no está recomendada. En circunstancias concretas puede utilizarse bicarbonato, pero sólo cuando su uso se sustente en un diagnóstico bien definido. Por ejemplo, los pacientes con una acidosis metabólica aguda motivada por una insuficiencia renal o en enfermos con hipercaliemia comprobadas ambas inmediatamente antes del paro cardíaco pueden beneficiarse de la administración precoz de bicarbonato. En cambio, la administración rutinaria o a ciegas de bicarbonato debe evitarse. Los protocolos antiguos también recomendaban el uso de calcio en los paros cardíacos por asistolia y en aquellos asociados a disociación electromecánica; por el contrario los nuevos protocolos resaltan el papel muy limitado del calcio en la RCCP rutinaria. Específicamente, el calcio sólo debería utilizarse en los paros asociados a hipercaliemia, hipocalcemia o intoxicación por bloqueantes del calcio.

C. Tratamiento de los trastornos del ritmo.

1. Fibrilación ventricular. Una vez diagnosticada, debe ser tratada de inmediato mediante desfibrilación a 200J, y si no fuese eficaz, deberá repetirse la desfibrilación a 200 - 300 J y posteriormente a 360 J. Las desfibrilaciones deberán repetirse inmediatamente si no son eficaces (también llamada descargas espalda con espalda), por el beneficio del mayor descenso en la impedancia de la pared torácica que proporcionan tres descargas rápidas y repetidas. Si la fibrilación ventricular persiste, debe administrarse adrenalina (10 ml de la solución 1:10.000 ó 1 mg) ya sea intravenosa o a través del tubo endotraqueal si no se dispone de acceso venoso. Entonces debe repetirse la desfibrilación utilizando la máxima energía (360 J) durante los 30 - 60 seg siguientes.

Si estas maniobras fallan, debe administrarse lidocaína intravenosa (1 mg/kg) en 1 - 2 min, después de la cual debe repetirse la desfibrilación. Si ésta fracasa, debe administrarse bretilio (5 mg/kg) intravenoso en 1 - 2 min y posteriormente realizar desfibrilación. Puede repetirse su administración a doble dosis al cabo de 5 min, así como la desfibrilación si fuese necesario. El sulfato de magnesio (1 - 2 g IV) puede ser utilizado en el caso de torsades de pointes o si se sospecha de hipomagnesemia. La procainamida (30 mg/min IV a dosis máxima de 17 mg/min) debe tenerse en cuenta para los casos refractarios. Si todas estas maniobras fracasan para reinstaurar un ritmo adecuado, deberá repetirse la administración de adrenalina a intervalos de 5 min.

2. Taquicardia ventricular. Generalmente requiere la menor cantidad de energía de todas las arritmias para su cardioversión. En el paciente consciente con compromiso hemodinámico mínimo, el tratamiento de elección es la lidocaína, la cual debe administrarse por vía intravenosa a dosis de 1 mg/kg en 1 - 2 min, seguida de una perfusión de 1 - 4

mg/min si se ha producido cardioversión farmacológica. En el paciente inconsciente o con alteraciones hemodinámicas, puede utilizarse inicialmente un golpe precordial si no está disponible el desfibrilador (proporciona 1 - 2 J), aunque su eficacia es limitada, y si no resulta eficaz deberá realizarse desfibrilación utilizando 10 - 100 J. Si resulta eficaz, a continuación se administrará lidocaína (1 mg/kg como dosis de carga seguida de una perfusión intravenosa continua a 1 - 4 mg/min) para mantener un ritmo sinusal normal (RSN). Si fracasa, debe utilizarse procainamida y cardioversión eléctrica si es preciso. La procainamida es un antiaritmico ventricular de segunda línea que puede ser administrado por vía intravenosa a dosis de 20 mg/min, ó 100 mg en intervalos de 5 min hasta que cese la arritmia, el complejo QRS se ensanche más de un 50 % o que se alcance una dosis total de 1 g. La dosis de carga deberá seguirse de una perfusión continua de 1 - 4 mg/min, una vez que la cardioversión ha restaurado un RSN. El bretilio también puede utilizarse en pacientes con taquicardia ventricular refractaria a lidocaína y procainamida.

3. Asistolia. Puede representar alguno de los tres siguientes acontecimientos electrofisiológicos: fibrilación ventricular extremadamente fina, bradicardia pronunciada (supraventricular, del nodo de la unión o idioventricular) o asistolia verdadera. El tratamiento está indicado si se es incapaz de distinguir entre estas tres etiologías utilizando un EKG escalar. Al menos dos derivaciones deben analizarse brevemente antes de realizar el diagnóstico de asistolia. Por ello, la adrenalina (1 mg) seguida de atropina (1 mg) deben utilizarse; si fracasa, deberá emplearse un marcapasos transvenoso o externo y considerarse la posibilidad de utilizar bicarbonato. La atropina deberá repetirse una vez y la adrenalina cada 5 min. Cuando exista la posibilidad de que se trate de una fibrilación ventricular fina (por ritmos previos o respuestas transitorias a la adrenalina), deberá intentarse la desfibrilación eléctrica.

Deben considerarse como causas principales de esta arritmia la hipoxemia, la hipercaliemia, la existencia previa de acidosis, la sobredosis de fármacos y la hipotermia.

Cuando fracasa el tratamiento de la asistolia y de las posibles causas corregibles, debe cesar la reanimación. Como se cita en las pautas ACLS de la AHA, "la asistolia más a menudo representa una confirmación de muerte que un ritmo que deba tratarse".

4. Bradicardia. Las bradicardias pueden tener un origen sinusal, auricular, de la unión auriculoventricular o idioventricular. Cuando se asocia a hipotensión, evidencia clínica o electrocardiográfica de isquemia o insuficiencia cardíaca congestiva, el tratamiento debe iniciarse con atropina (0.5 - 1.0 mg IV, repetido las veces que sea necesario hasta una dosis total de 2.0 mg), seguido de la colocación de un marcapasos transvenoso o externo, y entonces se utilizará dopamina 5 - 20 g/kg/min o noradrenalina 2 - 10 g/min.

Una vez que se ha conseguido un ritmo sinusal o de la unión auriculoventricular más rápido (p. ej. +60 lat/min) debe comprobarse la presencia de pulso. Si existe, debe tomarse la presión arterial; si está en baja deberán iniciarse la reposición de volumen y los fármacos vasopresores (dopamina 2 - 50 g/kg/min o noradrenalina 16 - 24 g/min).

5. Disociación electromecánica. En este trastorno existe evidencia de una actividad eléctrica organizada, pero un fallo en la contracción miocárdica efectiva (ausencia de pulso y de ruidos cardíacos). Las causas son hipoxemia, neumotórax a tensión, embolismo pulmonar masivo, taponamiento pericárdico, hipovolemia, hipotermia, sobredosis de fármacos (incluyendo beta - bloqueantes, bloqueantes de los canales de calcio, digital y antidepresivos tricíclicos), hipercaliemia, acidosis, rotura ventricular o infarto miocárdico masivo. El tratamiento incluye oxigenación, reposición de volumen, adrenalina (1 mg IV en bolo cada 3 - 5 min), atropina (1 mg IV cada 3 - 5 min hasta un total de 0.04 mg/kg) y deben

considerarse como posibilidades administrar bicarbonato, realizar una pericardiocentesis y una aspiración del tórax con aguja.

6. Taquicardias supraventriculares. Aunque las taquicardias supraventriculares pueden producir paro cardiopulmonar, raramente son mantenidas; la taquicardia ventricular y la fibrilación normalmente sí que producen una hipotensión mantenida. Así pues, estas arritmias han sido más frecuentemente descritas después de desfibrilación o cardioversión efectivas. En algunos casos, los pacientes pueden verse inmediatamente antes de un paro desencadenado por una taquicardia supraventricular intolerable hemodinámicamente; en ese caso deberá realizarse cardioversión de inmediato.

a. El masaje sobre el seno carotídeo (MSC) es una maniobra diagnóstica (y ocasionalmente terapéutica) útil para distinguir entre los diversos mecanismos supraventriculares. Como respuesta al MSC, la taquicardia sinusal (frecuencias de 100 - 180 lat/min) puede disminuir gradualmente o no cambiar, mientras que la taquicardia supraventricular paroxística (TSVP), la taquicardia auricular paroxística (TAP) o la taquicardia nodal reentrante (frecuencias de 140 - 220 lat/min) cesará de inmediato o no se modificará. El flúter auricular (frecuencias auriculares de 260 - 340 lat/min habitualmente con un bloqueo 2:1 auriculoventricular (AV)) tampoco cambiará o bien descenderá a un grado inferior de bloqueo volviendo a la frecuencia habitual cuando el efecto del MSC desaparezca. La respuesta de las taquiarritmias secundarias a vías de conducción accesorias es variable. La fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y la taquicardia auricular multifocal (TAM) también responden de forma irregular al MSC.

b. La adenosina (6 mg IV administrada en bolo rápido en 1 - 3 seg seguido al cabo de 1 - 2 min de 12 mg IV administrados en 1 - 3 seg, y repetidos cada 1 - 2 min) es el fármaco de

elección para la TSVP o TAP hemodinámicamente estable. Es más segura que el verapamilo porque produce menos hipotensión y tiene una vida media muy corta.

c. El verapamilo (5 mg IV, repetidos dos veces si es preciso), administrado tras haber intentado la adenosina, es un tratamiento alternativo útil en muchas taquicardias supraventriculares: la TSVP o la TAP típicamente cesarán de manera súbita; el 5 - 10 % de pacientes con flúter auricular revertirán a ritmo sinusal; la TAM también puede enlentecerse significativamente. El verapamilo está, sin embargo, contraindicado en pacientes con vías de conducción accesorias, dada la impredecible respuesta de estos pacientes al fármaco. Si el paciente se pusiera sintómicamente hipotenso tras la administración de verapamilo, ésta puede revertirse usando cloruro cálcico (0.5 - 1 g IV administrado lentamente).

d. Las taquicardias con complejo ancho presentan especial dificultad en su diagnóstico y tratamiento. Estas arritmias pueden representar tanto taquicardias ventriculares como taquicardias supraventriculares con conducción aberrante; la distinción entre estos dos mecanismos es esencial para conseguir la adecuada finalización de la misma. Cuando existe estabilidad hemodinámica, un EKG completo con las 12 derivaciones resulta útil para diferenciar estos dos ritmos.

Algunos hallazgos electrocardiográficos diferenciales entre la taquicardia ventricular y la taquicardia supraventricular son:

	TV	TVS aberrante
Anchura del QRS	A menudo $> \delta = 0.14$ seg	Generalmente < 0.14 seg
Anchura del QRS, inicio a la onda S	$> \delta = 0.11$ seg	< 0.11 seg
Eje	Raro	Normal
V1	Rs, RsR', Rsr'	rsR'
V6	Onda S presente	Onda S ausente
Latidos de fusión	Presente	Ausente
Disociación AV	Presente	Ausente

Es importante subrayar que la presencia de una relación constante entre las ondas P y los complejos QRS no excluye, la taquicardia ventricular. En algunos pacientes con taquicardia ventricular, la aurícula puede activarse de forma retrógrada con una relación 1: 1, otros pacientes presentan despolarizaciones isorrítmicas, pero independientes de las aurículas y los ventrículos y pueden aparecer artificialmente como si las primeras fuesen conducidas.

Una taquicardia con complejo ancho puede ser una taquicardia ventricular o una TPSV con complejo ancho por conducción aberrante. Dado que el ritmo subyacente puede ser una taquicardia ventricular, el verapamilo no es útil. Si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, la lidocaína (1.0 - 1.5 mg/kg IV en bolo seguida de 0.5 - 0.75 mg/kg IV en bolo cada 5 - 10 min hasta 3 mg/kg) es el fármaco de elección inicial, y como alternativa puede utilizarse la adenosina (6 mg IV en bolo en 1 - 3 seg y 1 - 2 min después 12 mg IV en bolo rápido, repetido una vez más al cabo de 1 - 2 min).

e. El tratamiento depende de un correcto diagnóstico, y en todos los casos, si existe cardioversión eléctrica debe ser utilizada de inmediato, independientemente del diagnóstico específico. No esperar nunca a la exploración electrocardiográfica completa para definir la etiología específica de una arritmia si el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable. Para todas las arritmias supraventriculares (excepto el flúter auricular, el cual puede ser caardiovertido con energías tan bajas como 20 J), se necesitan energías relativamente altas (100 - 200 J). La electroestimulación (con frecuencias superiores a 800/seg) puede ser necesaria en casos extremos de TSVP o flúter auricular refractario.

TANATOLOGIA Y PACIENTE TERMINAL

La relación del profesional de enfermería con el paciente terminal en un procedimiento de RCCP, va más allá del hecho de desempeñar una tarea asignada o ser colaborador en el mismo. De aquí la importancia que debe tener la integración de la Tanatología ante un conjunto de tal impacto, ya que uno de los principales obstáculos en la terapéutica es que este tipo de pacientes imponen demandas en todas sus esferas vitales y más aún en la psicológica, lo que provoca conflictos internos en el personal que los atiende; pero esto sólo puede entenderse y solucionarse a través del conocimiento y capacitación adecuada.

Por lo que es fundamental tener presente: ¿cómo ayudar al paciente terminal a afrontar la "pérdida"? La respuesta a esta cuestión es tener presente lo que es el duelo, sus etapas y las intervenciones que podemos llegar a realizar.

Así que, entendamos por duelo aquella emoción que se experimenta con respecto a la pérdida; puede verse como una respuesta conductual a la muerte o a la agonía.⁵

Según Kubler - Ross las etapas de duelo se dividen en 5 etapas, que no sólo conllevan sus respectivas respuestas conductuales manifestadas por el paciente y/o su familia, sino de las intervenciones que debe realizar enfermería a cada una de ellas.

Primeramente se tiene la NEGACION, en la cual las respuestas conductuales van a ser: que se niega a aceptar que la pérdida ocurrió y las posibles soluciones a problemas prácticos (como una prótesis), así como adoptar una actitud alegre para alejarse de la realidad. Por lo que el profesional de enfermería debe dar en todo momento apoyo en su no aceptación al paciente; así como hacer un autoanálisis de nuestros propios actos para conocer si estamos contribuyendo a la no aceptación del mismo.

En segundo lugar tenemos la IRA, en la cual el paciente y/o la familia pueden mostrar actitudes hostiles hacia el personal hospitalario que anteriormente no eran manifiestas. Entonces hay que hacer comprender que este sentimiento es una respuesta normal ante la pérdida y la frustración; por lo que nosotros como personal que brinda cuidados no debemos tomar ésta de manera particular, fomentar a cada momento seguridad al paciente y orientarlo dentro de sus posibilidades a que tenga control sobre su vida.

Como la tercera etapa está la NEGOCIACION, en la cual el paciente busca una manera de evitar la muerte y es posible que exprese sentimientos de culpa por actos cometidos en el pasado sean reales o imaginarios. Aquí hay que escuchar con atención y alentar al paciente a conservar, para aliviar culpas y miedos irracionales. Si es necesario, ofrecer apoyo espiritual. La cuarta es la DEPRESION, el paciente va a experimentar dolor por lo que fue y lo que no puede ser, o quizá lo evada. Nuestra acción será dejar expresar tristeza al paciente, entablar una comunicación sin palabras al sentarse con él en silencio, manifestarle afecto a través del tacto y ayudar a familiares y/o amigos a que comprendan la necesidad de estar en silencio con éste.

La última etapa es la aceptación, en la cual el afectado llega a soportar la pérdida, es posible que se de la disminución en el interés en personas allegadas o de apoyo, así como el posible deseo de realizar planes como: testamento, prótesis, arreglar su modo de vida alterado. Lo que debemos hacer es ayudar a que familiares y amigos comprendan la necesidad de reducir las visitas sociales y que éstas sean cortas y en silencio; así como lo posible alentar al paciente a participar en el programa de tratamiento.

Al conocer estas etapas es fundamental tomar en cuenta que no todos los individuos van a seguir el patrón, ya que va a depender de su desarrollo y carácter personal.⁶

Por este motivo, es indudable que el principal derecho en nuestros días es el de la vida, pero cuando ésta se ve amenazada por condiciones de salud lamentables, como lo es en un paciente terminal en una unidad de cuidados intensivos, de la cual no se sabe si saldrá, donde su existencia dependerá de medios tecnológicos extraordinarios; entonces basta preguntarse: si se está cuidando la vida o prolongando la agonía que lo va a encaminar de todas maneras a la muerte.⁷

Desafortunadamente aún en situaciones terminales, si no se utiliza toda la tecnología o se hace el uso de RCCP, la muerte se vive como falta de la institución y del equipo de salud, no como el desenlace esperado de una enfermedad incurable.⁸

Acrecenta esto el macro-problema económico y político que experimenta el mundo, especialmente la sociedad mexicana, que se ha apartado de una existencia trascendente y se ha apoderado de una “cultura contra el hombre”, de una “cultura de la muerte”.⁹ Es decir, el deseo de poder y de riqueza hace que se manipulen y abusen de medios materiales para satisfacer nuestro ego, olvidándonos de los valores éticos y morales fundamentales del hombre.

Por lo tanto, la utilización de tecnología médica y procedimientos “milagrosos” para “hacer lo que se pueda” en un paciente terminal, nos conduce a la pregunta en los profesionales de salud: si no sólo se están haciendo bien las cosas, sino si estamos haciéndole un bien al paciente.

Este avance nos está esclavizando a un “curar siempre”, sin importar el nombre, rostro, entorno familiar, la causa - efecto que puedan dejar nuestras decisiones en el individuo; por lo que se genera la creencia de que todo depende de la tecnología.⁸ Por otro lado nos enfrentamos con una “alternativa” que puede significar un arma de dos filos: la eutanasia. Se entiende por eutanasia la supresión de la vida de un enfermo incurable, sea a petición propia

o de su familia, el médico o el estado, decisión de abstenerse de medios extraordinarios, considerados desproporcionados en la fase terminal y vistos como “encarnizamiento terapéutico”;⁷ o bien; es aquella que implica un acto o una omisión por parte de una segunda persona, a solicitud de un individuo, destinados a terminar con la vida de este último cuando se encuentre en estado de enfermedad terminal, o total o permanentemente incapacitado.

Pero en nuestro país su legalización puede ser objeto de perjuicios más que de beneficios, porque no estamos en condiciones de consciencia plena, legislación y de cubrimiento necesarias para que se de este hecho.

La alternativa real para la eutanasia es cuidar con amor y adecuadamente a los pacientes terminales; porque una vez que un paciente se siente bienvenido y no una carga para otros, una vez que su dolor ha podido ser controlado y se han aliviado otros síntomas hasta llevarlos por lo menos a proporciones manejables, entonces el clamor por la eutanasia desaparece.¹⁰

De esta manera, en el caso particular de los profesionales de enfermería, aunque no tengamos directamente la decisión sobre el tratamiento, establecemos (a veces a nuestro pesar, cuando se sufre su pérdida) una relación de gran intensidad emocional con el paciente, debido a las horas que pasamos con él.¹¹ Por lo que cuando nos hallamos ante la cercanía de la muerte de alguno de ellos; nuestras actitudes y emociones realizan su mayor esfuerzo por evitar el tema.

Por lo que se necesita un autoanálisis de nuestros sentimientos hacia la muerte y así ayudar integralmente a los enfermos terminales.

Podemos manifestarlo de manera inconsciente el no hablar sobre agonía y muerte por el hecho de cambiar el tema, al ofrecer tranquilidad al paciente o negar lo que a él le está

pasando, siendo fatalista, bloquear una discusión o adoptar una actitud que evite la misma al respecto del tema; con conductas hurañas y distantes, o evadiendo al paciente, también “manejar” el cuidado del paciente haciendo que se sienta cada vez más dependiente y débil; por mencionar algunas.

Aunque existen programas dirigidos al profesional de enfermería para reducir la ansiedad de la muerte, a través de explorar problemas específicos de contacto directo con pacientes terminales y la responsabilidad total para su cuidado. En todos estos programas los enfermos aprenden no sólo a conocer sus propias actitudes y dudas, sino también los modos de confortarse y apoyarse de manera mutua cuando se experimente enojo o frustración con el dolor que sigue a la muerte de los pacientes que se cuidaron por mucho tiempo.⁶

Entonces, debemos evitar entrar en este conflicto sobre la “calidad de vida” que voy a brindar a aquellos pacientes terminales a los cuales una y otra vez se les dan maniobras de RCCP, sin tener mejoría y sólo prolongando su agonía; aquí cabe en nosotros si fracasamos o no en dar el cuidado que requiere y no dejarlo todo en manos de la tecnología.

De esta manera como define Schneidman: “Cuando hablamos de una buena muerte, implicamos que es la apropiada no sólo para el que muere, sino para los principales sobrevivientes”.⁹

Acompañar a un moribundo es recorrer con él el trayecto más largo posible hasta su muerte, marchar a su lado de acuerdo a su ritmo y en la dirección que él ha escogido, saber callarse y escucharlo, pero también sostener su mano y responder a sus expectativas. Por lo tanto, es de primordial importancia aceptar la existencia de la muerte, sin intentar negarla como ocurre actualmente en el mundo moderno, de manera que, al final de nuestros días podamos irnos en paz diciendo “misión cumplida”.¹²

BIOETICA

El hombre desde su existencia siempre se ha trazado objetivos y alcanzado nuevas metas, haciendo que esté en constante búsqueda de respuestas a sus intrigantes y de encontrar soluciones a sus más preciados anhelos como conservar la salud, mitigar algún padecimiento incurable a través de medios que erradiquen por completo la enfermedad; así como a prolongar la vida.

De tal forma, el desarrollo médico que se ha experimentado en los últimos años de manera vertiginosa, hacen que los límites entre vida y muerte sean difusos. Esto puede acarrear graves dificultades como el conservar una vida en la cual no se sabe hasta que punto existan perspectivas de éxito. Pero con ello se ha de reconocer la gran dificultad que implica el determinar cuándo cesa la obligación de mantener la vida de una persona y cuándo comienza la obligación de asistirle en su muerte. La evolución va más allá todavía. En relación con la reanimación, se había conseguido llegar a mejores indicaciones, pero por otra parte se plantean unos problemas totalmente nuevos a este respecto: si antes se daba el problema de cuándo se puede y cuándo se debe reanimar, y cuándo se puede y se debe poner punto final a la reanimación; en la actualidad se agudiza el planteamiento preguntándose por la fase exacta en que se encuentra el proceso de la muerte del hombre con vistas a obtener todavía utilizables para trasplantarlos.

Como caso límite, también la eutanasia tiene su lugar en este complejo de problemas.

Es por este sin fin de razones que la bioética cobra gran importancia para establecer justificaciones basadas y marcar límites a cada hecho según el marco histórico que envuelve al hombre dentro de una sociedad.

ANATOMOFISIOLOGIA BASICA DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

CARACTERISTICAS FISICAS

El aparato circulatorio consiste en sangre, corazón y vasos sanguíneos, y el sistema linfático en linfa, vasos linfáticos y linfonodos (ganglios linfáticos).

Entre las características físicas de la sangre, se incluyen viscosidad de 4.5 a 5.5; temperatura de 38° C, pH de 7.35 a 7.45 y concentración de sal (NaCl) de 0.85 a 0.90 %. La sangre constituye un 8 % del peso corporal total.

FUNCIONES

La sangre transporta oxígeno, bióxido de carbono, nutrientes, desechos, hormonas y enzimas.

Este líquido regula el pH y la temperatura corporal, así como el contenido de agua de las células.

La sangre misma evita las hemorragias mediante la coagulación, y ataca a los microbios y sus toxinas mediante células especializadas.

COMPONENTES

Entre los elementos figurados de la sangre se encuentran los eritrocitos (glóbulos rojos), leucocitos (glóbulos blancos) y trombocitos (plaquetas).

Los elementos figurados de la sangre se forman por el proceso llamado hemopoiesis o hematopoiesis.

Los eritrocitos, granulocitos y plaquetas se forman en la médula roja ósea (tejido mieloide), y los granulocitos, en los tejidos linfóide y mieloide.

ERITROCITOS

Los eritrocitos son discos bicóncavos sin núcleo y contienen hemoglobina, su función es transportar el oxígeno y bióxido de carbono.

La vida media de los eritrocitos es de unos 120 días. Su número, de unos 5.4 millones mm^3 de sangre en un varón sano, y de 4.8 millones mm^3 en una mujer sana.

La formación de eritrocitos, eritropoiesis, ocurre en la médula roja de ciertos huesos en el adulto.

El recuento reticulocitario es una prueba diagnóstica que indica la velocidad de la eritropoiesis.

El hematocrito es una medida del porcentaje de eritrocitos en la sangre entera.

LEUCOCITOS

Los leucocitos son células nucleadas. Sus dos tipos principales son los granulocitos (neutrófilos, eosinófilos y basófilos) y los agranulocitos (linfocitos y monocitos). Su función general es combatir las inflamaciones e infecciones. Los neutrófilos y monocitos (macrófagos errantes) lo hacen por medio de fagocitosis.

Los eosinófilos contrarrestan los efectos de la histamina en las reacciones alérgicas, fagocitan los complejos de antígeno - anticuerpo y combaten a los gusanos parasitarios; los basófilos liberan heparina, histamina y serotonina en presencia de reacciones alérgicas, sustancias que intensifican la respuesta inflamatoria.

Los linfocitos se diferencian en células plasmáticas (plasmacitos) tisulares, que producen anticuerpos como respuesta a la presencia de sustancias extrañas llamadas antígenos y los vuelven inocuos. Esta respuesta de antígeno - anticuerpo combate las infecciones y confiere inmunidad contra ciertas enfermedades.

El recuento diferencial es una prueba diagnóstica en que se cuantifican los diferentes tipos de leucocitos.

La vida media de los leucocitos varía entre unas horas y varios días. Su número normal en la sangre es de 5000 a 9000 mm^3 .

TROMBOCITOS (PLAQUETAS)

Los trombocitos son corpúsculos en forma de disco que no poseen núcleo y se forman a partir de los megacariocitos y participan en la coagulación. Su número normal en la sangre es de 250 000 a 400 000 mm^3 .

PLASMA

El plasma es la porción líquida de la sangre y consiste en 91.5 % de agua y 8.5 % de solutos. Los solutos principales del plasma incluyen proteínas (albúmina, globulinas y fibrinógeno), sustancias nitrogenadas no proteicas, productos de la digestión, enzimas y hormonas, gases respiratorios y electrolitos.

HEMOSTASIA

El término de hemostasia se refiere a la prevención de las hemorragias. Se trata de una respuesta vascular que incluye vasospasmo, formación del tapón plaquetario y coagulación sanguínea.

El vasospasmo consiste en la contracción del músculo liso de la pared de los vasos sanguíneos, para interrumpir la hemorragia.

El coágulo es una red de proteína insoluble (fibrina) en que quedan incluidos los elementos figurados de la sangre.

Las sustancias químicas que participan en la coagulación reciben el nombre de factores de la coagulación, y los hay de dos tipos, plasmáticos y plaquetarios.

La coagulación tiene lugar por uno de dos mecanismos, intrínseco y extrínseco. En condiciones normales, la coagulación también implica la retracción (espesamiento) del coágulo y la fibrinólisis (disolución del coágulo).

La coagulación en un vaso sanguíneo que no presenta ruptura recibe el nombre de trombosis. Un trombo que se desprende de su sitio de origen viaja por el torrente sanguíneo constituye un émbolo.

Los anticoagulantes, como la heparina, previenen la coagulación. Entre las pruebas de coagulación que revisten importancia clínica, se incluyen los tiempos de coagulación (el requerido para que se coagule la sangre), hemorragia (periodo necesario para que se interrumpa la hemorragia en un sitio de punción cutánea) y protombina (tiempo requerido para que se coagule la sangre, que depende de la cantidad de protombina en una muestra sanguínea).

GRUPOS (TIPOS) SANGUINEOS

Los grupos sanguíneos ABO y el sistema del factor Rh se basan en las respuestas de antígeno - anticuerpo.

En los grupos sanguíneos ABO, los aglutinógenos (antígenos) A y B, determinan el tipo de sangre. El plasma contiene aglutininas (anticuerpos), cuyo nombre se debe precisamente a que causan la aglutinación de los eritrocitos cuyos aglutinógenos son extraños para el organismo.

En el sistema del factor Rh, las personas cuyos eritrocitos poseen los aglutinógenos Rh se clasifican como de sangre Rh positiva (Rh+), y las que carecen de éstos, como de sangre Rh negativa (Rh-).

La enfermedad hemolítica de neonatos (eritroblastosis fetal) es un trastorno causado por la incompatibilidad del factor Rh entre la madre y el feto.

LIQUIDO INTERSTICIAL Y LINFA

El líquido intersticial es el que baña las células de los tejidos, mientras que la linfa está contenida en los vasos linfáticos.

Estos líquidos tienen composición química similar, pero difieren del plasma en que ambos contienen menos proteínas y que su número de leucocitos es variable. Al igual que el plasma, no poseen plaquetas ni eritrocitos.

ANATOMIA DEL DESARROLLO EMBRIONARIO DEL CORAZON

El corazón se desarrolla a partir del mesodermo.

Los tubos cardíacos dan origen a las cuatro cámaras (cavidades) y los grandes vasos cardíacos.

LOCALIZACION

El corazón tiene una posición oblicua entre los pulmones, en el mediastino. Unas dos terceras partes de su masa se sitúan a la izquierda de la línea media.

PERICARDIO

El pericardio consiste en capas fibrosa externa y serosa interna. El pericardio seroso se compone de capas parietal y visceral.

Entre las capas parietal y visceral del pericardio seroso está la cavidad pericárdica, espacio ocupado por el líquido homónimo y que evita la fricción entre las dos capas.

PARED: CAMARAS (CAVIDADES), VASOS Y VALVAS (VALVULAS)

La pared del corazón incluye tres capas, epicardio, miocardio y endocardio.

Las cámaras (cavidades) son los dos atrios (aurículas) superiores y dos ventrículos inferiores.

La sangre fluye al corazón desde las venas cava inferior y superior, así como del seno

coronario, al atrio (aurícula) derecho; por la valva tricuspidal (válvula tricúspide) al ventrículo derecho; por el tronco pulmonar (tronco de la pulmonar) a los pulmones; por las venas pulmonares al atrio (aurícula) izquierdo, por la valva bicuspidal (válvula bicúspide) al ventrículo izquierdo, y sale del corazón hacia la aorta.

Las valvas (válvulas) impiden el flujo retrógrado de la sangre del corazón. Las valvas atrioventriculares (válvulas auriculoventriculares), situadas entre los atrios (aurículas) y los ventrículos, son la tricuspidal (tricúspide) del hemicardio derecho y la bicuspidal (bicúspide) o mitral, en el izquierdo.

Las cuerdas tendinosas y sus músculos mantienen las cúspides (válvulas) de las valvas (válvulas) apuntando en la dirección del flujo sanguíneo.

Las dos arterias que salen del corazón poseen una valva semilunar (válvula sigmoidea). Las valvas (válvulas) cardíacas se identifican por su proyección a la superficie.

RIEGO SANGUINEO

La circulación coronaria o cardíaca transporta sangre oxigenada por el sistema arterial del miocardio. La sangre desoxigenada regresa al atrio (aurícula) derecho por medio del seno coronario.

Las complicaciones de los trastornos de este sistema son la angina de pecho y el infarto del miocardio.

SISTEMA DE CONDUCCION

El sistema de conducción consiste en tejido especializado en la transmisión de impulsos. Los componentes de este sistema son los nódulos sinoatrial o marcapaso y atrioventricular (nodos sinoauricular y auriculoventricular), el fascículo atrioventricular (haz de His) y sus ramas, y las miofibrillas de conducción (fibras de Purkinje).

ELECTROCARDIOGRAMA

El ciclo cardíaco consiste en la sístole (contracción) y diástole (relajación) de ambos atrios (aurículas), más la sístole y diástole de ambos ventrículos, ello seguido de una breve pausa.

El registro de los cambios eléctricos que ocurren durante el ciclo cardíaco es el electrocardiograma (EKG).

El electrocardiograma normal consiste en onda P, que corresponde a la diseminación del impulso desde el nódulo sinoatrial (nodo sinoauricular) por los atrios (aurículas); complejo QRS (diseminación del impulso por los ventrículos) y onda T (repolarización ventricular).

El intervalo P-R corresponde al tiempo de conducción desde el inicio de la excitación atrial (auricular) hasta el de la excitación ventricular. El segmento S-T representa el tiempo que hay entre el término de la diseminación del impulso por los ventrículos y la repolarización de los mismos.

El electrocardiograma es una herramienta invaluable en el diagnóstico de ritmos y patrones de conducción cardíacos anormales; confirmación de que continúa la vida fetal, identificación de la presencia de varios fetos y vigilancia de la recuperación de ataques cardíacos.

En ocasiones, se emplea el marcapaso artificial para restaurar la normalidad del ritmo cardíaco.

FLUJO SANGUINEO POR LAS CAMARAS (CAVIDADES) CARDIACAS

La sangre fluye por el corazón de un área de mayor presión a otra en que es menor. La presión guarda relación con el tamaño y volumen de la cámara (cavidad) cardíaca correspondiente.

El movimiento de la sangre está regulado por la apertura y cierre de las valvas (válvulas), así como la relajación y contracción del miocardio.

CICLO CARDIACO

El ciclo cardíaco consiste en la sístole (contracción) y diástole (relajación) de ambos atrios (aurículas), más la sístole y diástole de ambos ventrículos, seguidas de una breve pausa.

Las fases del ciclo cardíaco son: 1) sístole atrial (auricular); 2) llenado ventricular; 3) sístole ventricular, 4) diástole ventricular.

Si la frecuencia cardíaca promedio de 75 min, el ciclo cardíaco completo requiere 0.8 segundos.

El primer ruido cardíaco (lubb) corresponde al cierre de las valvas atriventriculares (válvulas auriculoventriculares), y el segundo al de las valvas semilunares (válvulas sigmoideas).

Los soplos son los ruidos cardíacos anormales.

GASTO CARDIACO

El gasto cardíaco es el volumen de sangre que se expulsa del ventrículo izquierdo hacia la aorta por minuto. Se calcula como sigue: $\text{gasto cardíaco} = \text{volumen sistólico} \times \text{latidos por minuto}$.

El volumen sistólico es el de sangre que se expulsa de un ventrículo durante la sístole; éste depende de la cantidad de sangre entre el ventrículo durante la diástole (volumen diastólico terminal) y el que quede en él después de la sístole (volumen sistólico terminal).

Conforme a la ley del corazón (de Starling), la fuerza de la contracción cardíaca guarda relación proporcional con la longitud de las fibras cardíacas estiradas, dentro de ciertos límites.

El porcentaje máximo de aumento del gasto cardíaco por arriba de lo normal es la reserva cardíaca.

La frecuencia y fuerza de la contracción cardíaca suelen aumentar como resultado de estimulación simpática proveniente del centro cardioacelerador de la médula oblongada

(bulbo raquídeo) y disminuir por estimulación parasimpática del centro cardioinhibidor, también de la médula oblongada (bulbo raquídeo).

Los barorreceptores (o receptores de presión) son neuronas que responden a cambios en la presión sanguínea. Ejercen efectos sobre los centros cardíacos de la médula oblongada (bulbo raquídeo) por medio de tres vías reflejas, los reflejos del seno carotídeo, aórtico y cardíaco (atrial [auricular]) derecho.

Otros factores que influyen en la frecuencia cardíaca incluyen sustancias químicas (adrenalina, sodio y potasio), temperatura, emociones, género y edad.

CHOQUE CIRCULATORIO Y HOMEOSTASIA

El choque suele ocurrir cuando disminuyen el gasto cardíaco o volumen sanguíneo hasta el punto de que los tejidos de la economía sufren hipoxia.

El choque leve se compensa por vasoconstricción y retención de agua. En el choque grave, disminuyen el retorno venoso y gasto cardíaco. El corazón experimenta hipoxia, la vasoconstricción prolongada la origina en otros órganos y el ciclo de choque se intensifica.

DIAGNOSTICO DE CARDIOPATIAS

El diagnóstico de cardiopatías puede ser intracorporal o extracorporal.

Una técnica intracorporal es el cateterismo cardiovascular, con que se miden las presiones y concentraciones de oxígeno, funcionamiento ventricular y gasto cardíaco, además de localizar lesiones, inyectar enzimas que disuelven coágulos y dilatar los vasos coronarios.

Una nueva técnica extracorporal es la ecocardiografía, en que se transforman ondas sonoras en imágenes con que se evalúan cardiopatías congénitas, tumores y valvulopatías; se detecta la presencia de líquido alrededor del corazón, y se evalúan los efectos de las arteriopatías coronarias.

EQUIPO CARDIOPULMONAR

La hipotermia corporal deliberada y la derivación cardiopulmonar posibilitan la cirugía de corazón abierto.

El equipo cardiopulmonar bombea la sangre, además de oxigenarla y extraer el bióxido de carbono de ella, con lo que desempeña las funciones del corazón y pulmones.

FACTORES DE RIESGO DE CARDIOPATIAS

Entre los factores de riesgo de cardiopatías, se incluyen la hipercolesterolemia, hipertensión, tabaquismo, obesidad, falta de ejercicio regular, diabetes mellitus (sacarina), predisposición genética, género y edad.

ANATOMIA DEL DESARROLLO DE LOS VASOS SANGUINEOS Y SANGRE

Los vasos sanguíneos se desarrollan a partir de masas aisladas de mesénquima en el mesodermo, los islotes sanguíneos.

La sangre se genera en el endotelio de los vasos sanguíneos.

ARTERIAS

Las arterias transportan sangre del corazón a los tejidos del cuerpo. Su pared consiste en túnica interna, media (de la que depende su elasticidad) y externa.

Las arterias de gran calibre reciben el calificativo de elásticas o de conducción y las de calibre medio, el de musculares o de distribución.

Muchas arterias se anastomosan, es decir, se unen por sus extremos distales. Una ruta alterna para la circulación de sangre como resultado de una anastomosis recibe el nombre de circulación colateral. Las arterias que no se anastomosan se denominan arterias terminales.

ARTERIAS

Las arterias son vasos sanguíneos de poco calibre que llevan sangre hasta los capilares. Su constricción y dilatación hacen que participen de manera clave en la regulación del flujo sanguíneo desde las arterias hacia los capilares.

CAPILARES

Los capilares son vasos sanguíneos microscópicos por los que se intercambian sustancias entre la sangre y las células de los diversos tejidos; algunos capilares son continuos, y otros fenestrados.

Los capilares se ramifican y forman redes extensas en los tejidos. Estas redes aumentan el área de superficie, lo que permite el intercambio rápido de grandes volúmenes de sustancias.

Los esfínteres precapilares regulan el flujo sanguíneo en los capilares.

Los vasos sanguíneos microscópicos del hígado se denominan sinusoides.

VENULAS

Las vénulas son vasos sanguíneos de poco calibre que guardan continuidad con los capilares y se fusionan para formar venas. Drenan sangre de los capilares hacia las venas.

VENAS

Las venas poseen las mismas tres túnicas de las arterias, pero con menor cantidad de tejido elástico y músculo liso. Poseen valvas (válvulas), que evitan el flujo retrógrado de sangre.

El debilitamiento de las valvas (válvulas) venosas suele originar varicosidades o hemorroides.

Los senos venosos son venas con paredes muy delgadas.

RESERVORIOS SANGUÍNEOS

Las venas de la circulación general reciben la denominación colectiva de reservorios sanguíneos.

Almacenan sangre, que puede movilizarse a otras partes del cuerpo por vasoconstricción, en caso de que así sea necesario.

Los reservorios principales son las venas de los órganos abdominales (hígado y bazo), así como las de la piel.

FISIOLOGIA DE LA CIRCULACION

PRESION Y FLUJO SANGUINEOS

La sangre fluye de regiones de presión más alta a otras en que ésta es más baja. El gradiente de presión, en orden decreciente, es el que sigue: aorta (100 mmHg), arterias (100 a 40 mmHg), arteriolas (40 a 25 mmHg), capilares (25 a 12 mmHg), vénulas (12 a 8 mmHg), venas (10 a 15 mmHg), venas cavas (2 mmHg) y atrio (aurícula) derecho (0 mmHg).

Cualquier factor que aumente el gasto cardíaco origina el mismo efecto en la presión sanguínea.

Al aumentar el volumen sanguíneo, ocurre lo propio con la presión homónima.

La resistencia periférica depende de la viscosidad de la sangre y el diámetro de los vasos por los que circula. El aumento de tal viscosidad y la vasoconstricción incrementan la resistencia periférica y, con ello, la presión sanguínea.

Los factores de que dependen la frecuencia y la fuerza de la contracción cardíaca y, en consecuencia, la presión sanguínea, son el sistema nervioso autónomo por mediación del centro cardíaco, además de sustancias químicas, temperatura, emociones, género y edad.

Los factores que regulan la presión sanguínea por sus efectos en la vasculatura incluyen el centro vasomotor de la médula oblongada (bulbo raquídeo), junto con los barorreceptores, quimiorreceptores y centros encefálicos superiores, además de diversas sustancias químicas y la autorregulación.

El movimiento de agua y sustancias en disolución (excepto proteínas) a través de las paredes capilares depende de las presiones hidrostáticas y osmóticas.

El estado cercano al equilibrio en los extremos arterial y venoso de un capilar, por los que entran y salen los fluidos de dicho vaso, recibe el nombre de ley de Starling de los capilares.

El retorno de sangre al corazón depende de varios factores, entre ellos las contracciones de músculos esqueléticos (estriados), las valvas (válvulas) venosas (en especial las de los miembros) y la respiración.

MEDICIONES DE LA CIRCULACION

PULSO

El pulso consiste en la expansión y el rebote elástico alternados de una arteria con cada latido cardíaco. Es factible su palpación en cualquier arteria situada de la superficie corporal sobre algún tejido duro.

La frecuencia normal es de 70 a 80 latidos por minuto.

MEDICION DE LA PRESION SANGUINEA

La presión sanguínea es la que ejerce la sangre sobre la pared de la arteria, cuando el ventrículo izquierdo entra en sístole y diástole, en ese orden. Se mide con un esfigmomanómetro.

La presión sanguínea sistólica y diastólica son las registradas durante la contracción y la relajación ventriculares, en ese orden. El valor promedio de la presión sanguínea es de 120/80 mmHg.

La presión del pulso es la diferencia entre las presiones sistólica y diastólica, promedia 40 mmHg y brinda información acerca del estado de las arterias.

RUTAS CIRCULATORIAS

La ruta circulatoria de mayor longitud es la circulación general.

Dos de las subdivisiones de la circulación general son la circulación coronaria y la porta. Otras rutas incluirían circulaciones cerebral, pulmonar y fetal.

CIRCULACION GENERAL

La circulación general lleva sangre oxigenada proveniente del ventrículo izquierdo, por medio de la aorta, a todas las partes del cuerpo incluido el parénquima pulmonar.

La aorta se divide en aorta ascendente, arco (o cayado) de la aorta y aorta descendente. Cada una de estas porciones emite ramas que se distribuyen en el cuerpo entero.

La sangre regresa al corazón por las venas de la circulación general. Estos vasos desembocan finalmente en las venas cavas inferior o superior, o en el seno coronario, y se vacían en el atrio (aurícula) derecho.

CIRCULACION PULMÓNAR

La circulación pulmonar consiste en la sangre desoxigenada que llega del ventrículo derecho a los pulmones y regresa, oxigenada, de los pulmones al atrio (aurícula izquierdo).

Esta ruta permite la oxigenación de la sangre de la circulación general.

CIRCULACION PORTA

En la circulación porta, la sangre drenada por las venas del páncreas, bazo, estómago, intestinos y vesícula biliar se vacía en la vena porta, del hígado.

Esta circulación permite que el hígado utilice nutrimentos y destoxifique sustancias nocivas presentes en la sangre.

CIRCULACION FETAL

La circulación fetal permite el intercambio de sustancias entre el feto y la madre.

El feto obtiene nutrimentos y oxígeno y elimina bióxido de carbono y otros desechos, que pasan a la sangre materna, por medio de una estructura denominada placenta.

Al momento del nacimiento, cuando se inician las funciones pulmonar, digestiva y hepática propias de la vida posnatal, dejan de ser necesarias las estructuras especiales de la circulación fetal.

EJERCICIO Y APARATO CIRCULATORIO

Los ejercicios aeróbicos tienen efectos benéficos en el aparato circulatorio. Entre tales efectos, se incluyen los de aumento del gasto cardíaco y el aporte de oxígeno a los tejidos, reducción de la presión sanguínea sistólica, incremento de las lipoproteínas de alta densidad, regulación del peso corporal y aumento en la capacidad para disolver coágulos.

ENVEJECIMIENTO Y APARATO CIRCULATORIO

Entre los cambios generales que acompañan al envejecimiento se incluyen los de pérdida en la elasticidad de los vasos sanguíneos y disminución del tamaño de las células del miocardio y reducción del gasto cardíaco.

La incidencia de la arteriopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva y aterosclerosis se incrementa con la edad.

TRASTORNOS

La anemia consiste en la disminución del recuento eritrocitario o la diferencia de hemoglobina. Entre sus variantes se incluyen la nutricional, perniciosa, hemorrágica, hemolítica, aplásica y drepanocítica.

La policitemia es el aumento anormal en el número de eritrocitos.

La mononucleosis infecciosa es un trastorno contagioso que afecta principalmente al tejido linfoide y se caracteriza por recuento leucocitario alto, con porcentaje anormalmente elevado de linfocitos. Su causa es el virus de Epstein - Barr (EBV).

La leucemia es un trastorno maligno de los tejidos hematopoiéticos caracterizado por la formación no regulada de leucocitos, que obstaculiza la coagulación normal y actividades corporales vitales.

La arteriopatía coronaria es un padecimiento en que el miocardio recibe un volumen deficiente de sangre como resultado de aterosclerosis, arterioespasmo coronario o presencia de trombos o émbolos. Suele tratarse con farmacoterapia o intervenciones quirúrgicas.

Los defectos cardíacos congénitos incluyen coartación de la aorta, conducto arterioso permeable, defectos septales (de los tabiques), estenosis valvular y tetralogía de Fallot.

Las arritmias dan por resultado bloqueo cardíaco, aleteo y fibrilación.

La insuficiencia cardíaca congestiva surge cuando el corazón no satisface las necesidades de oxígeno corporales.

El cor pulmonale consiste en la hipertrofia ventricular derecha consecutiva a hipertensión pulmonar.

Un aneurisma es una porción debilitada y adelgazada de la pared de una arteria o vena, que forma una bolsa.

La hipertensión o presión sanguínea alta se clasifica en primaria y secundaria.

La trombosis en una vena profunda es la presencia de un coágulo en una profunda, en especial de los miembros inferiores.¹³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar si el personal de enfermería está capacitado profesional y emocionalmente para otorgar cuidados integrales al paciente terminal y brindar maniobras de RCCP.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen en el cuidado proporcionado por el personal de enfermería del servicio de medicina interna del Hospital General Ticomán al paciente terminal en maniobras de RCCP.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- * Conocer los cambios conductuales que afronta enfermería ante el cuidado a pacientes terminales durante las maniobras de RCCP.
- * Saber los aspectos ético - legales con referencia a la eutanasia en un paciente terminal ante la posibilidad de brindar maniobras de RCCP.
- * Valorar los conocimientos con los que cuenta el personal de enfermería en las maniobras de RCCP.
- * Conocer cómo canaliza el personal de enfermería sus emociones al cuidado de un paciente terminal y de la posible intervención en maniobras de RCCP.
- * Plantear alternativas de solución al profesional de enfermería para el cuidado del paciente terminal, su duelo y maniobras de urgencia.

DISEÑO

Esta investigación es descriptiva, porque se estudia una muestra poblacional; observacional, ya que la investigadora no interviene en el fenómeno; prospectiva, se obtendrán datos que se presenten en el futuro y trasversal, porque los datos se obtienen sólo una vez por cada individuo.

Se toma el 100 % de la población del personal de enfermería del servicio de medicina interna en el Hospital General Ticomán, por ser una muestra pequeña.

METODOLOGIA

MATERIAL Y METODOS

DEFINICION DEL UNIVERSO

Personal de enfermería del Hospital General Ticomán.

DEFINICION DE LAS UNIDADES DE OBSERVACION

a) Criterios de inclusión:

- * Hombres y mujeres.
- * Personal de enfermería que atienda a enfermos terminales y/o a los que hayan dado o colaborado en maniobras de RCCP; sea de base, turno especial o eventual.
- * Turnos matutino, vespertino y nocturno.
- * Servicio de Medicina Interna.

b) Criterios de exclusión:

- * Personal de enfermería de los turnos matutino, vespertino y nocturno sea de base, turno especial o eventual que no pertenezca al servicio mencionado.

c) Criterios de eliminación:

- * Se eliminará al profesional de enfermería que aún cumpliendo con los criterios de inclusión, no se encuentre en su puesto dentro del tiempo establecido (un mes) para la recabación de datos.

VARIABLES

VARIABLE	ESCALA
Edad	Años detallados
Sexo	Femenino Masculino
Religión	Católico Evangelista Judía Budista Espiritismo Otro (especifique)
Nivel socioeconómico	Baja Media baja Media Media alta Alta
Nivel académico	Nivel académico detallado

Tiempo laborando

0 - 5 años

5 - 10 años

10 - 15 años

15 - 20 años

Cargo o puesto

Base

Turno especial

Confianza

Eventual

Pasante a nivel técnico

Pasante de Licenciatura

Otro (especifique)

Turno

Matutino

Vespertino

Nocturno

Vocación por enfermería

Afinidad

Imposición

Económico

Otro (especifique)

Paciente terminal

Definición detallada

Paciente en fase terminal

Definición detallada

Etapas de duelo

Mención y descripción breve

Gusto al cuidar paciente terminal

Agrado

Desagrado

Indiferente

Omitió

No es grato, pero lo hace

Curso sobre RCCP

Si, especifique:

Fecha y lugar

No, no lo ha tomado por:

Cuestión económica

Falta de interés

Otro (especifique)

Participación en RCCP

Si, como:

Dirigente

Colaborador

Otro (especifique)

No

Cambios conductuales durante RCCP

Alegria

Desinterés

Confusión

Otro (especifique)

**Canalización de cambios conductuales
después de RCCP**

Depresión

Frustración

Estrés

Otro (especifique)

**Maniobras de RCCP en paciente terminal
en una o más ocasiones**

A favor

En contra

Otro (especifique)

Tanatología

Definición detallada

Curso Tanatología

Si, especifique:

Fecha y lugar

No, no lo ha tomado por:

Cuestiones económicas

Falta de interés

Otro (especifique)

Definición detallada

Eutanasia

Práctica de eutanasia en paciente terminal

A favor

En contra

Otro (especifique)

Legalización eutanasia en México

A favor

En contra

Otro (especifique)

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION

Realización de cuestionarios con preguntas en su mayoría cerradas y contando también con menor porcentaje de preguntas abiertas, para conocer el grado de conocimientos terminológicos o de aceptación con referencia al tema.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

La responsable de esta investigación es la Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Julieta Mendoza Trujillo de la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” con colaboración de:

Asesoría metodológica: Lic. María de Jesús Pérez Hernández.

Personal de enfermería del Hospital General Ticomán.

RECURSOS MATERIALES

Computadora ACER con procesador Intel Celeron 366 Mhz e impresora HP Deskjet 610C.

RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos son solventados por la misma investigadora.

TABULACION

RESPUESTA A LA VARIABLE 1.

EDAD	Fr	PORCENTAJE
20 - 25	2	12.5
26 - 30	4	25
31 - 35	5	31.25
36 - 40	2	12.5
40 - ...	3	18.75
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Se observa que el personal es relativamente joven, por ser un servicio en el cual requiere de suma dedicación, rendimiento, disposición de tiempo y resistencia física; porque en su gran mayoría los pacientes tienen padecimientos crónico - degenerativos o terminales.

RESPUESTA A LA VARIABLE 2.

SEXO	Fr	PORCENTAJE
Masculino	2	12.5
Femenino	14	87.5
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Se denota que el predominio de mujeres sigue siendo notable con relación al de varones, como ha correspondido desde los inicios de la enfermería; por esta razón, es realmente importante contar con más personal masculino, no sólo para ayudar a procedimientos que requieran de fuerza física, sino para compartir otra visión de manejar las situaciones ante los pacientes intercambiando experiencias y conocimientos.

RESPUESTA A LA VARIABLE 3.

RELIGION	Fr	PORCENTAJE
Católica	16	100
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

El culto que prevalece es el catolicismo, como ha sido desde la evangelización, con la conquista española. Por lo que, para la mayoría de nosotros es necesario creer en un ser supremo que nos apoya y guía en el quehacer diario, para reconfortar nuestra existencia.

RESPUESTA A LA VARIABLE 4.

NIVEL SOCIOECONOMICO	Fr	PORCENTAJE
Media baja	3	18.75
Media	12	75
Media alta	1	6.25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Antiguamente el nivel socioeconómico que prevalecía era el bajo o medio bajo, por los diferentes desajustes económicos; actualmente el que predomina es el medio, esto es sumamente importante porque cada día menos personas buscarán a la profesión de enfermería como un medio rápido para salir de las dificultades financieras.

RESPUESTA A LA VARIABLE 5.

NIVEL ACADEMICO	Fr	PORCENTAJE
Auxiliar	2	12.5
Técnico	13	81.25
Licenciatura	1	6.25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

El nivel con mayor auge ha sido el técnico, porque en nuestro país la licenciatura ha comenzado de pocos años a la fecha a tener relevancia.

Cabe hacer notar que un profesional a nivel técnico cuenta con la especialidad en administración, ya que ésta es de gran importancia en nuestro medio para alcanzar puestos de mando; aunque desafortunadamente muchos ven a la licenciatura no como una mejora personal y de alcanzar otro nivel de conocimientos para beneficio no sólo propio sino de quienes atendemos, sino como una manera de subir de puesto. Por esto ha sido difícil el reconocimiento de la licenciatura en enfermería.

RESPUESTA A LA VARIABLE 6.

TIEMPO LABORANDO	Fr	PORCENTAJE
0 - 5 años	2	12.5
5 - 10 años	7	43.75
10 - 15 años	3	18.75
15 - 20 años	4	25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Por ser un hospital general con 20 años de fundación, su personal laborando en el mismo tiene poca antigüedad, de allí que se conjugue con la corta edad en la mayoría de sus profesionales de enfermería.

RESPUESTA A LA VARIABLE 7.

CARGO O PUESTO	Fr	PORCENTAJE
Base	15	93.75
Pasante a nivel técnico	1	6.25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Es de notarse el alto índice de personal con base, a pesar de recibir en sus instalaciones a estudiantes y/o pasantes de la profesión de enfermería.

RESPUESTA A LA VARIABLE 8.

TURNO	Fr	PORCENTAJE
Matutino	5	31.25
Vespertino	3	18.75
Nocturno	8	50
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

A pesar de la dificultad del horario, el turno que entregó más cuestionarios fue el de la noche; además de que debe tomarse en cuenta que es en donde hay más personal laborando.

RESPUESTA A LA VARIABLE 9:

VOCACION POR ENFERMERIA	Fr	PORCENTAJE
Afinidad	13	81.25
Gusto	1	6.15
Atractiva	1	6.25
Cuestión económica	1	6.25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Es estimulante saber que el mayor porcentaje decidió estudiar la carrera de enfermería por estar convencido de ello, ya que esto permitiría una mejor atención y cuidados al paciente.

RESPUESTA A LA VARIABLE 10.

DEFINICION PACIENTE TERMINAL	Fr	PORCENTAJE
Lo conoce	6	37.5
Lo desconoce	10	62.5
TOTAL	16	100%

RESPUESTA A LA VARIABLE 11.

DEFINICION PACIENTE FASE TERMINAL	Fr	PORCENTAJE
Lo conoce	5	31.25
Lo desconoce	11	68.75
TOTAL	16	100%

ANALISIS A LAS VARIABLES 10 Y 11:

Por lo general estos dos conceptos causan confusión o se invierten, aunque la diferencia sea muy clara por las palabras que lo integran. Así que es fundamental su distinción porque la intervención será realmente basada en el conocimiento de las necesidades de nuestro paciente, brindando una atención oportuna y precisa.

RESPUESTA A LA VARIABLE 12.

ETAPAS DE DUELO	Fr	PORCENTAJE
Lo conoce	4	25
Lo desconoce	12	75
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Es fundamental saber las etapas por las cuales atravieza nuestro paciente hacia la muerte, porque podemos brindar atención de calidad y calidez.

RESPUESTA A LA VARIABLE 13.

GUSTO AL CUIDAR PACIENTE TERMINAL	Fr	PORCENTAJE
Agrado	6	37.5
Desagrado	1	6.25
Indiferente	5	31.25
Omitió	3	18.75
No muy grato, pero lo hace	1	6.25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Aunque el porcentaje debió haber otorgado una cantidad más elevada, teniendo como base la afinidad al seleccionar la carrera de enfermería, no hay una respuesta homogénea al respecto, haciéndose notar en que a la mayoría no le es grato del todo el atender a este tipo de pacientes.

RESPUESTA A LA VARIABLE 14.

CURSO RCCP	Fr	PORCENTAJE
Lo ha tomado	7	43.75
No lo ha tomado	9	56.25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

De los 9 profesionales que no han tomado el curso el 44.44 % corresponde a la falta de tiempo, el 33.33 % omitió el dato, el 11.11 % por falta de becas y/o promoción del Hospital General Ticomán y el 11.11 % restante por falta de interés.

Del personal que si ha tomado el curso lo han hecho en sedes como el Hospital General de México, IMSS, Cruz Roja Mexicana y Hospital Juárez de México; durante los años de 1996, 1997, 1999 y 2000.

RESPUESTA A LA VARIABLE 15.

PARTICIPACION MANIOBRAS RCCP	Fr	PORCENTAJE
Si	14	87.5
No	1	6.25
Omitió	1	6.25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

La mayoría del personal por estar en un servicio en donde el paciente se encuentra en estado crítico ha participado en este tipo de maniobras, siendo el 81.25 % como colaborador, el 6.25 % ni como dirigente y/o colaborador, el 6.25 como dirigente y colaborador y el 6.25 % restante omitió respuesta.

RESPUESTA A LA VARIABLE 16.

CAMBIOS CONDUCTUALES AL BRINDAR RCCP EN PACIENTE TERMINAL	Fr	PORCENTAJE
Omitió	3	18.75
Desinterés	1	6.25
Confusión	5	31.25
Angustia	1	6.25
Estrés	1	6.25
Tristeza	3	18.75
Depresión	1	6.25
Firmeza	1	6.25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Como se observa la gama de cambios es tan versátil que según como cada profesional lo viva y actúe en ese momento, es la respuesta a veces inmediata o tardía de la intervención en las maniobras.

RESPUESTA A LA VARIABLE 17.

CANALIZACION DE CAMBIOS CONDUCTUALES DESPUES DE BRINDAR RCCP EN PACIENTE TERMINAL	Fr	PORCENTAJE
Omitió	6	37.5
Depresión	1	6.25
Resignación	1	6.25
Tristeza	2	12.5
Alegría si el paciente se sobrepuso	2	12.5
Frustración	2	12.5
Estrés	2	12.5
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Causa interés el hecho de que un porcentaje importante omitió el dato y esto puede ser preocupante, sobre todo si el profesional no sabe cómo canalizar y lo manifieste inadecuadamente.

RESPUESTA A LA VARIABLE 18.

MANIOBRAS DE RCCP EN PACIENTE TERMINAL EN UNA O MAS OCASIONES	Fr	PORCENTAJE
Ambivalencia	1	6.25
A Favor	3	18.75
En contra	7	43.75
Omitió	5	31.25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

En la actualidad a pesar de los avances tecnológicos y científicos para prolongar la vida del ser humano, se olvidó por mucho tiempo la importancia del individuo como ser integral para ser visto como "objeto" conectado a un aparato que realiza sus funciones vitales, sin tener en consideración su valía como persona. Afortunadamente, en los tiempos actuales se empieza a tener más consciencia de la esencia del hombre como un ente multidisciplinario y a ser tratado con respeto.

A pesar de que estos avances bioéticos van paso a paso, no debemos olvidar que vivimos en una sociedad en la cual la legislación aprueba todavía hacer hasta lo imposible por el paciente, no importando su calidad, sino su cantidad de sobrevivida. Es por esto, que aunque no se esté al 100 % de acuerdo en reanimar a un paciente en condiciones terminales, hay que hacerlo porque el "profesionalismo y la legislación" así lo delimitan, si es que no queremos ser objeto de conflictos legales, además de éticos y morales.

RESPUESTA A LA VARIABLE 19.

DEFINICION TANATOLOGIA	Fr	PORCENTAJE
Lo conoce	13	81.25
Lo desconoce	0	0
Omitió	3	18.75
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

En nuestra profesión es importante que conozcamos otras disciplinas relacionadas con la misma, aunque al hablar del hombre, todas se vinculan a él; así la ciencia de la muerte se vuelve indispensable y más aún como mexicanos, tomando en cuenta la relevancia de la misma en nuestra cultura y tradiciones.

RESPUESTA A LA VARIABLE 20.

CURSO TANATOLOGIA	Fr	PORCENTAJE
Lo ha tomado	5	31.25
No lo ha tomado	8	50
Omitió	3	18.75
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Por parte del personal que no ha tomado cursos al respecto se obtuvieron como causas la falta de oportunidad para tomarlo, el tiempo, la falta de tiempo e interés, los recursos económicos y en mayor parte omitió el dato.

De la parte restante tomaron el curso en la Escuela de Enfermeras Guadalupe A.C., Hospital 20 de Noviembre y el Hospital Juárez de México; durante 1997, 1998 y 1999.

RESPUESTA A LA VARIABLE 21.

DEFINICION EUTANASIA	Fr	PORCENTAJE
Lo conoce	12	75
Lo desconoce	4	25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Este término está íntimamente ligado al de la tanatología y por esto la trascendencia de conocer lo referente a ello, para saber qué hacer en el caso de atender a un paciente en estado crítico de salud.

RESPUESTA A LA VARIABLE 22.

PRACTICA EUTANASIA PACIENTE TERMINAL	Fr	PORCENTAJE
A favor	4	25
En contra	3	18.75
Ambivalencia	4	25
Omitió	5	31.25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

Se observa que la diferencia para cada opción es mínima, aunque prevalece la omisión del dato por desconocer el concepto y por abstenerse de hacer algún comentario sobre un tema de tanta controversia.

RESPUESTA A LA VARIABLE 23.

LEGALIZACION EUTANASIA	Fr	PORCENTAJE
Si	4	25
No	8	50
Omitió	3	18.75
Ambivalencia	1	6.25
TOTAL	16	100%

ANALISIS:

La mayoría no apoya la legalización de la eutanasia en nuestro país por pensar que no estamos preparados integralmente para una cuestión de tal magnitud relacionada sobre todo a los aspectos religiosos, donde es considerada como "asesinato".

NOTA: Fr = frecuencia.

CONCLUSIONES

Con base a los datos obtenidos en el instrumento aplicado, así como al vaciamiento de los mismos, su tabulación y análisis; las conclusiones a esta investigación son las siguientes:

- El personal de enfermería que prevalece es el femenino; contando con pocos años de laborar para ambos sexos, en los 3 turnos, con un nivel socioeconómico medio en mayor porcentaje y de religión católica.
- Con nivel académico de predominio a nivel técnico y basificado; contando con mínima cantidad de pasante del mismo grado de estudios.
- Casi el 100 % seleccionaron la carrera por afinidad, esto tiene gran significado porque se le da a la profesión el valor real que merece, conlleva a un compromiso integral hacia la superación personal, calidad en la atención y reconocimiento por otros profesionales; aunque este punto se contrapone a muchos de los resultados obtenidos como se mencionan a continuación.
- En lo que respecta a conceptos fundamentales como paciente terminal y en fase terminal se tiene un desconocimiento y/o confusión en ambos, por lo que genera a una mala interpretación de las etapas de duelo, esto puede dar como resultado atenciones de poca calidad y a no percatarnos de las necesidades primordiales para el paciente. Además de que en un porcentaje mayor al 50 % manifiesta cierta inaceptabilidad al otorgar los cuidados por las características de los pacientes.

- ❑ Sabemos que estos pacientes por sus condiciones críticas pueden requerir de una o más ocasiones de maniobras de reanimación y, aunque alguna parte del personal ha tomado cursos en RCCP, la participación más relevante es como colaborador. Esto tal vez se ve reflejado por los cambios conductuales durante y después de la urgencia; es preocupante porque puede reflejarnos falta de confianza del profesional de enfermería debido a los conocimientos que tiene.

- ❑ Por otro lado, aunque gran parte sabe lo que el concepto de tanatología se refiere, no ha tomado cursos en su mayoría; esto nos da como resultado el desconocimiento a tópicos ligados a esta ciencia como ya fue descrito. Debe otorgársele mayor significado a este punto porque actualmente se ha dado más relevancia a los aspectos bioéticos y aunque no dejan de ser importantes los avances científicos y tecnológicos, muchos empiezan a tomar consciencia de que en ocasiones a pesar de contar con lo mejor, la muerte llega inminentemente y sólo sirven los adelantos para prolongar la agonía; pero es aquí donde la tanatología cobra su punto máximo y nos conduce a una enseñanza del “bien morir” para nuestros pacientes, pese a su estado de salud.

- ❑ También aquí la eutanasia cobra su interés, se nota en las respuestas del personal donde los aspectos religiosos tienen gran influencia en este tipo de decisión, porque manifiestan que sólo Dios determina si alguien ha de seguir viviendo o no.

- Por todo esto, el paciente, independientemente de su estado de salud requiere del conocimiento por parte del profesional de enfermería, en maniobras de urgencia, de apoyo psicológico ante su enfermedad o la muerte y; sobre todo de nuestra convicción como profesionales de enfermería para una atención y cuidados multidisciplinarios del cual somos parte importante, ya que el personal de enfermería es el que pasa el mayor tiempo en contacto con el paciente y por esto es un eslabón entre los integrantes del equipo de salud.

EXPERIENCIA AL APLICAR EL INSTRUMENTO

Para la realización de esta investigación, se buscó un instrumento que fuera de fácil aplicación y que no representase un problema para su resolución por parte del personal; además de considerar que el servicio de Medicina Interna la mayor parte del tiempo es muy demandante por el tipo de pacientes que se maneja. Así que se decidió aplicar un cuestionario a base de preguntas cerradas en su mayoría y un mínimo abiertas, con ello se delimitaba una respuesta específica para no hacerles invertir mucho de su tiempo.

Los cuestionarios fueron entregados personalmente a cada uno del personal de enfermería de los distintos turnos, tomando en cuenta hasta el personal de fin de semana y pasantes de enfermería que en el momento de la aplicación del instrumento por el servicio; de esta forma se consideraron en un inicio a 22 individuos (100 %), de los cuales sólo se recopilaron 16 y con muchas dificultades.

Sólo 6 personas lo entregaron en un lapso de 3 días posteriores a la entrega del instrumento, las demás lo olvidaban, lo perdieron o simplemente no les importó contestarlo. Desafortunadamente se hizo del conocimiento de esta situación al Departamento de Enfermería para pedir apoyo, que muy amablemente accedieron a colaborar, pero cuál fue nuestra sorpresa que ni aún así el personal participó en su 100 %.

Algunas de las situaciones ante la recopilación es que se sentían presionadas (os) para contestar y pensaban que era un examen, pero a pesar de presentarme y explicarles el por qué de su valiosa ayuda, se mostraban poco convencidas (os) para contribuir en la investigación, aunque en su mayoría fueron muy gentiles para prestarme atención.

Al final de todo, se venció el mes de recopilación de datos y se obtuvieron como ya fue mencionado la valiosa ayuda de 16 profesionales de enfermería del servicio de Medicina Interna.

Por ello, para la tabulación, análisis y conclusiones se tomará esta pequeña población; que por no ser representativa, se omitirá la graficación de los datos obtenidos.

A pesar de los contratiempos que toda investigación conlleva se agradece al personal que colaboró y al que no fue posible contar con su apoyo, respetando su decisión.

SUGERENCIAS

1. Capacitar al personal para que alcance mayores grados de estudio y combinen así sus conocimientos no sólo prácticos, sino teóricos.
2. Estimular al personal para que alcance puestos más altos conforme a los cursos o estudios que vaya tomando y demuestre sus conocimientos en la práctica durante la atención del paciente.
3. Promover mayor comunicación entre los turnos que laboran de manera más personal, para la contribución a tareas de investigación.
4. Realizar cursos sobre la importancia de las maniobras de RCCP y tanatología para todos los turnos. Haciéndolo de carácter asistencial obligatorio para que todo el personal cuente con la oportunidad teórico - práctica.
5. Promover cursos de ayuda personal para poder canalizar el estrés ante situaciones de urgencia y sensibilizarnos con el paciente.
6. Estimular al personal para la realización de investigación y de su importancia no sólo para el mejoramiento personal; sino de la mejora en la atención al paciente, a través de cursos y reconocimientos a los mejores trabajos. Así como mantener una continuidad en los mismos.

7. Crear un Departamento de Investigación de Enfermería, que sea dirigido por un profesional en el ramo y titulado de nuestro gremio, con experiencia en el campo investigativo y comprometido en el desarrollo o avance de enfermería como profesión.

ALTERNATIVAS DE CUIDADO AL PACIENTE TERMINAL

La muerte es una pérdida sumamente importante para el paciente agonizante y para los que le rodean. Aunque es un proceso por el cual todos tenemos que pasar algún día, éste es una experiencia única a la cual tendremos que enfrentar solos.

Una de las situaciones más difíciles es el cuidado a pacientes terminales por imponer demandas en especial psicológicas, que crean no sólo conflictos para los propios pacientes, sino para el personal de salud quienes los atienden.

Por lo anterior es fundamental conocer los cambios que experimenta el paciente hacia la pérdida, comprendiendo que el duelo es un proceso conductual por el cual se resuelve o altera el dolor de manera eventual; que frecuentemente recibe influencia de la cultura y costumbres. Todo esto está muy relacionado con su etapa de desarrollo, recursos personales y sistemas de apoyo social.

Ante este panorama, se dan a conocer las siguientes alternativas de solución hacia el cuidado del paciente terminal.

- ◆ Se piensa que la muerte es el peor acontecimiento de la vida.

ALTERNATIVA:

Se debe realizar un esfuerzo para pensar o hablar sobre la muerte, en especial de la propia. De esta manera estaremos mejor entrenados y capacitados para ayudar a los pacientes terminales.

- ◆ La muerte ha cambiado de escenario: antes se moría en casa rodeado de los seres queridos, ahora se muere en el hospital ante gente extraña.

ALTERNATIVA:

El cuidado del paciente terminal y duelo son una de las responsabilidades más complejas, por lo tanto, para ofrecer un cuidado más efectivo con el cual el paciente no se sienta en un ambiente de extraños, se debe otorgar la confianza y credibilidad a través del control de nuestras propias actitudes hacia la pérdida, muerte y agonía.

- ◆ Comunicación.

ALTERNATIVA:

La finalidad de la comunicación y la información es desarrollar una estrategia coordinada entre médico, enfermera, paciente y familia. De esta forma se unirán contra el “enemigo”, la enfermedad, para evitar ansiedad y sentimientos de culpa.

- ◆ Equilibrio de la psique.

ALTERNATIVA:

En la mayoría de los casos se trata al paciente terminal con extrema seriedad. Por lo que, no debemos de olvidar la conversación corriente de los hechos cotidianos y en especial el sentido del humor; ya que proporcionan esperanza, alivio y alegría.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MENDOZA TRUJILLO 79

- ◆ El duelo es importante porque se ha demostrado que el dolor tiene en forma potencial, efectos devastadores en la salud, entre los síntomas que acompañan al dolor están la ansiedad, depresión, pérdida de peso, dificultad en deglutir, vómito, fatiga, dolores de cabeza, desvanecimiento, desmayo, visión borrosa, erupciones cutáneas, sudor excesivo, alteraciones menstruales, palpitaciones, dolor de pecho, disnea e infecciones; alteraciones de la libido, concentración y en los patrones de alimentación, sueño, actividad y comunicación.

ALTERNATIVA:

Ayudar al paciente a comprender que el duelo es una respuesta emocional normal y subjetiva a la pérdida, es esencial para una buena salud mental y física; permitiéndole al individuo hacer frente a la pérdida de manera gradual y aceptarla como parte de la realidad.

De esta manera como profesionales y principalmente como seres humanos debemos entender que el duelo es un proceso que se comparte y realiza con ayuda de otros.

- ◆ La manera en que una persona integra con éxito la pérdida está relacionada con su desarrollo y carácter personal.

ALTERNATIVA:

No se debe esperar que los individuos sujetos a una misma pérdida, sigan el mismo patrón para resolver su duelo, aún cuando se cuente con apoyo.

Con base al punto anterior, debemos conocer lo que manifiesta o siente el paciente en cada una de las etapas:

1. Choque e incredulidad: depresión, ira, culpabilidad y tristeza.

2. Anhelos y protesta: ira a Dios, a otros seres amados o al personal de salud.

3. Angustia, desorganización y desesperanza: admite la pérdida genuinamente, es posible que entre en depresión, que llore, pierda interés en el futuro, sea incapaz de tomar decisiones, carecer de confianza y propósitos; en actividades que alguna vez disfrutó intensamente.

4. Identificación en el duelo: en este punto cuando ha ocurrido la muerte del paciente, los que le sobreviven (en especial familiares) pueden imitar conductas y/o hábitos del fallecido.

5. Reorganización y restitución: el tiempo para aceptar la pérdida tanto de la salud (paciente), como de la muerte del individuo (familia o personal de salud); no tienen un rango de tiempo estipulado y aunque en la mayoría de los casos tienden a disminuir los sentimientos de dolor, la pérdida puede perdurar hasta que ocurra el deceso del paciente, o conservar el dolor el resto de sus vidas para los que le sobreviven.

◆ La familia y seres queridos.

ALTERNATIVA:

Hay que hacer participar a los allegados del paciente en su cuidado, porque así no se agotarán tanto física como emocionalmente, por supuesto tal participación puede ser útil en su propio proceso de duelo, pues podrán reflexionar no sólo sobre el apoyo que su presencia supuso para su ser querido, sino en la comodidad y bienestar que le proporcionaron con sus cuidados.

- ◆ Evitar conflictos interfamiliares.

ALTERNATIVA:

En los momentos finales, se producen más desavenencias entre los allegados al paciente, con lo cual pueden perjudicarlo. Así que el personal de salud debe amortiguar estas tensiones para que no repercutan sobre el enfermo y brindar alternativas de solución para mitigar tales conflictos.

- ◆ Maniobras de urgencia.

ALTERNATIVA:

La finalidad es aumentar la calidad de vida en la fase terminal de la enfermedad, persiguiendo todo lo que esté a nuestro alcance para ayudar al paciente. Aunque los médicos y las enfermeras (os) debemos saber cuándo pasar de la intención de “curar” a la de “enfermedad terminal” con las implicaciones asistenciales que esto conlleva, el abordaje integral y personalizado exige la formación del médico y del profesional de enfermería. Sólo en la medida en que asumamos el contenido del sufrimiento, la enfermedad y la muerte; es decir, la propia posibilidad de enfermar, sufrir y morir, vamos a poder aportar cuidados de calidad al paciente terminal, para una atención en todas sus esferas, o sea, integralmente.

ANEXOS

ANEXO 1

CRONOGRAMA

ETAPA	MES (ES)
Planeación. recolección de material e información	Agosto y Septiembre
Justificación y planteamiento del problema	Octubre
Objetivos, hipótesis, variables, elaboración de instrumentos	Noviembre y Diciembre
Revisión del protocolo	Enero y Febrero
Recolección y procesamiento de datos	Marzo
Análisis e interpretación de resultados y conclusiones	Abril
Primera revisión	Mayo

ANEXO 2

CUESTIONARIO

OBJETIVO:

Mejorar las interrelaciones paciente terminal - profesional de enfermería

INSTRUCCIONES: Seleccione una respuesta a cada pregunta y/o conteste de forma explícita lo que se le pide.

FECHA: _____

1. SEXO: F M

EDAD: _____

TURNO: _____

Nivel académico: _____

2. Religión:

A) Católica

B) Evangelista

C) Judía

D) Budismo

E) Espiritismo

F) Otra (especifique) _____

3. Nivel socioeconómico:

- A) Baja
- B) Media baja
- C) Media
- D) Media alta
- E) Alta

4. Tiempo que lleva laborando en el Hospital General de Ticomán

- A) 0 a 5 años
- B) 5 a 10 años
- C) 10 a 15 años
- D) 15 a 20 años

5. Especifique su cargo o puesto:

- A) Base
- B) Turno especial
- C) Confianza
- D) Eventual
- E) Pasante a nivel técnico
- F) Pasante a nivel licenciatura
- G) Otro (especifique) _____

6. Motivo por el cual decidió estudiar la carrera de enfermería:

- A) Afinidad
- B) Imposición
- C) Económico
- D) Otro (especifique) _____

7. Defina el término de paciente terminal:

8. Defina el término de paciente en fase terminal

9. Mencione y describa de manera sistematizada cada una de las etapas de duelo:

ETAPA	DESCRIPCION
A) _____	_____
B) _____	_____
C) _____	_____
D) _____	_____
E) _____	_____

10. El cuidar al paciente terminal me es:

- A) Me agrada cuidarlo
- B) Me desagrada cuidarlo
- C) Me es indiferente dar cuidados a éste o a otro tipo de pacientes
- D) Otro (especifique) _____

11. Ha tomado cursos sobre RCCP:

- A) Sí, especifique fechas y lugares
-

12. Causa por lo que no se ha tomado:

- A) Cuestiones económicas
- B) Falta de interés
- C) Otro (especifique) _____

13. Ha participado en maniobras de RCCP:

Si No

14. Si contestó afirmativamente que puesto ocupó:

- A) Dirigente
- B) Colaborador
- C) Otro (especifique) _____

15. Qué sentimientos experimenta cuando al paciente terminal se le brinda maniobras de RCCP

A) Alegría

B) Desinterés

C) Confusión

D) Otro (especifique) _____

16. Qué sentimientos presenta después de estar en un evento de RCCP:

17. Cuál es su opinión sobre la realización de maniobras de RCCP al paciente terminal:

A) A favor, porque _____

B) En contra, porque _____

18. Defina el término tanatología:

19. Ha tomado cursos sobre tanatología:

Si

No

20. Si contestó afirmativamente especifique fechas y lugares:

21. Si no lo ha tomado cuál es el motivo:

A) Económico

B) Falta de interés

C) Otro (especifique) _____

22. Defina el término eutanasia:

23.Cuál es su opinión sobre la práctica de eutanasia al paciente terminal:

A) A favor, porque _____

B) En contra, porque _____

24. Le gustaría que se legalizara la eutanasia en México y especifique el por qué:

Si

No

Porque _____

NOTA: LAS RESPUESTAS DADAS SON CONFIDENCIALES Y SERAN UTILIZADAS PARA FINES DE ESTUDIO.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ KÜBLER R., Elisabeth. La muerte: un amanecer. México. Océano. 1998. 119 p.
- ❖ JENKINS, J. Manual de Medicina de urgencia. México, 2a. edición. Masson - Little,Brown. 1998. 3 - 20 p.
- ❖ TORTORA G, J. Principios de anatomía y fisiología. México, 5a. edición. Harla. 1989. 553 - 674 p.
- ❖ MENDOZA T. J. El paciente y su duelo ante una enfermedad. México. Instituto Nacional de Cardiología. 1997. 13 p.
- ❖ O'RAWE A., Madalon. Atención integral en enfermería. Paciente terminal y muerte. México. Doyma. 1987. 192 p.
- ❖ SMITH, Sandra. Enfermería básica y clínica. México. Manual moderno. 1996. 1009 p.
- ❖ SOCIEDAD MEXICANA DE MEDICINA DE EMERGENCIA A.C. GRUPO S.S.M.I. S.A. DE C.V. Manual del alumno. Curso de reanimación cardio cerebro pulmonar. Básica y Avanzada. México. Comité Editorial Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia A.C. 65 p.

DOCUMENTACION REVISADA A TRAVES DE INTERNET

- LA NUEVA TANATOLOGIA (A propósito de las primeras y segundas Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Tanatología y Prevención del Suicidio) Carlos M... URL: www.caramuto.com/tanatolo.htm. Last modified 5 - May -99 page size 13K-in Spanish.

- INDICE: ¿Qué es la AMTAC? ! Servicios que ofrece! Información. ¿Qué es la tanatología? Etimología: Tanatos: muerte. Logos: tratado...URL:www.geocities.com/Atens/Troi/3992/. Last modified 4 - Jun - 98 - page size 13K - in Spanish (win - 1252).

- MONOGRAFIAS — EUTANASIA.
<http://lucas.simplenet.com.VisitaNetRadio>.URL:lucas.simplenet.com/trabajos/eutanasia.htm!. Last modified 11 - Dec - 97 - page size 41K - in Spanish.

- RED INFORMATICA FLAPAG. Problemática del equipo asistencial ante el dolor, la vida y la muerte. FLAPAG. Un análisis desde la psicología institucional. Silvia Emmer. Virginia Schejter. URL:www.psinet.com.ar/rit6/211.htm. Last modified 25 - Feb - 98 page size 14K in Spanish

- **TANATOLOGIA: CULTURA DE LA VIDA, CULTURA DE LA MUERTE.**
Tanatología: cultura de la vida, cultura de la muerte. Rosa María Lara y Mateos.
RESUMEN: La sociedad mexicana atraviesa por un periodo de inseguridad y ...URL:148.226.120.2/~cancer/revista/rev0715.htm. Last modified 21 - Apr - 98 - page size 27K in Spanish.

- Talleres de percepción de la muerte, organizados por J.M.Fericgla.Respiración.
TALLERES DE PERCEPCION DE LA MUERTE, organizados por J.M.Fericgla (Respiracion Holotrópica, Tanatología, Integral, Enfermos terminales, Medicina...URL:www.pangea.org/~fericgla/integral.htm. Last modified 15 - May - 99 - page size 26K - in Spanish.

- Rompan filas: ¡quest, QUE ES LA TANATOLOGIA? Patricia Guerra De Almaraz.
Difícilmente nos encaramos con nosotros mismos antes de vernos frente a la muerte de forma...URL:www.unam.mx/rompan/41/rf41b.htm!. Last modified 6 - May - 99 - page size 23K - in Spanish.

- Eutanasia. **EUTANASIA ES CUANDO EL MEDICO MATA A SU PACIENTE.** Pero hay distintos tipos de eutanasia, activa y pasiva, directa e indirecta, voluntaria.
URL:www.catholic.org/euthanasia/sp-book1.htm!. Last modified on: 8 - Aug - 1999 - 11 Kbytes - in Spanish.

- **NECESIDADES Y DEMANDAS DE LOS CUIDADOS PRIMARIOS A PACIENTES TERMINALES DE HIPOTESIS.** Ediciones en Internet. This page hosted by. Get your own free home. Page. **NECESIDADES Y DEMANDAS DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES.** URL:www.geocities.com/HotSprings/Villa/2775/megdos.htm!. Last modified on: 11 - Aug - 1998 - 10 Kbytes - in Spanish (win - 1252).

- **Eutanasia: ¿igual a homicidio? Crece polémica por difusión de video sobre muerte de tetraplégico. La eutanasia pasiva: ¿es normal en los hospitales?.** URL:puebla.infosel.com.mx/referencia/articulo/eutanasia.htm. Last modified on: 1 - Apr - 1998 - 10 Kbytes - in Spanish.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹Heredia Jarero Norberto. Reanimación Cardiopulmonar Básica. págs 3 - 4.
- ²Mayorca Martínez Elizabeth. Tanatología en Enfermería. págs 3 - 4.
- ³Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia A.C. Curso de Reanimación Cardiocerebropulmonar. pág. 1.
- ⁴Jenkins Jon L. Manual de Medicina de Urgencia. págs 3 - 5.
- ⁵Mendoza T. J. El paciente y su duelo ante una enfermedad. pág. 9.
- ⁶Kozier Bárbara. Fundamentos de enfermería. pág. 246.
- ⁷URL: lucas.simplenet.com/trabajos/eutanasia.htm . Monografías- Eutanasia. pág. 1.
- ⁸URL: www.psinet.com.ar/rit6/211.htm. Problemática del equipo asistencial ante el dolor, la vida y la muerte. pág. 2.
- ⁹URL: 148.226.120/^cancer/revista/rev0715.htm. Tanatología: cultura de la vida, cultura de la muerte. págs 1 - 2.
- ¹⁰URL: www.catholic.org/euthanasia/sp-book1.htm. Eutanasia es cuando el médico mata a su paciente. Pero hay distintos tipos de eutanasia, activa y pasiva, directa e indirecta, voluntaria. pág. 3.
- ¹¹URL: www.pangea.org/^fericgla/integral.htm. Talleres de percepción de la muerte, organizados por J. M. Fericgla. pág. 4.
- ¹²URL: www.unam.mx/rompan/41/rf41b.html. Rompan filas: ¿quest, Qué es la tanatología?. págs 3 - 4.
- ¹³Tortora Gerard J. Principios de Anatomía y Fisiología. págs 553 -674.