



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**PROTOCOLO DE ENFERMERIA DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE
TERMINAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL JOSE MARIA VARGAS
SAN JOSE - CARACAS 2010**

TUTOR (a): Mgs. LEILA REVELLO

ALUMNAS:
T.S.U THANIA TEIXEIRA
T.S.U KEY CLAIDE

CARACAS, MAYO DEL 2010

RECONOCIMIENTO

El siguiente trabajo es un gran esfuerzo, una meta que logramos.

La realización de esta especialización como Licenciada en Enfermería es una meta que como autoras nos propusimos en la vida, pero debemos reconocer que sin la ayuda de Dios hubiese sido difícil de lograr, con él fue más fácil lograrlo.

También debo dar las gracias a la profesora Leila Revello , por sus consejos y ayuda ya que con su orientación y dedicación, nos ayudo en la realización de este valioso trabajo.

Agradecemos al hospital José María Vargas, por ser el centro asistencial que nos permitió realizar nuestra investigación, al personal que labora en la unidad de cuidados intensivos mil gracias por su apoyo incondicional.

Mil gracias a todos....



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

ACTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Leila Revello, en mi carácter de tutora del Trabajo de Grado Titulado: **PROTOCOLO DE ENFERMERIA DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE TERMINAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL “ DOCTOR JOSÉ MARÍA VARGAS” DE CARACAS - CARACAS**, realizado por T.S.U de la República: CLAYDE KEY CI. 13. 069. 878 y TEIXEIRA THANIA CI. 16. 972. 443 una vez realizadas las correcciones necesarias, puede ser sometido a la evaluación pública.

LEILA REVELLO

CI.

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios Todo poderoso por estar siempre conmigo, por esta gran oportunidad que me ha brindado y por escucharme cuando más lo he necesitado.

A mis Padres, Martha Méndez y Manuel Teixeira Méndez por ser mis más grandes consejeros, orientadores y por darme el don de maravilloso de la vida, por la confianza que tienen en mí, por estar siempre conmigo brindándome amor, comprensión y apoyo, los AMO.

A mi hermana Carolina, que forma parte de mi vida y gracias por su apoyo incondicional.

A mis amigos y amigas Samantha, Tereza, Katherine, Sixto, Rosa, Fátima, Moraima por ser mi fuente de inspiración y mi estímulo para luchar día a día, para que les sirva como ejemplo en los deseos de superación y éxito en sus vidas.

A Tony Soler por su apoyo y lealtad incondicional en todo momento, por ser mi fuente de inspiración mil gracias por brindarme su amor, amistad, confianza y ayuda.

THANIA TEIXEIRA

Gracias a dios, por sobre todas las cosas, gracias a él logre mis metas.

Gracias a mi madre por ser mi fortaleza aquí en la tierra, por apoyarme en tiempos difíciles y por creer en mí.

Gracias a mi esposo Manuel Alfonzo y a mi hermano Ricardo por siempre estar dispuesto ayudarme.

Gracias a mis hijos Sergio y Paola quien es el motivo de mis triunfos

Gracias a Henry por creer en mí, en fin a todas gracias por existir.

KEY CLAYDE

AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso por iluminarnos y guiarnos en este duro camino de la vida dándonos fortaleza, Salud para así lograr todas nuestras metas.

A la Universidad Central de Venezuela (UCV) por abrirnos sus puertas para la formación académica y permitimos completar esta etapa de nuestras vidas con orgullo.

A la Lic. Leila Revello, Tutora de nuestra investigación que con su experiencia y paciencia logro orientarnos en la ejecución de este estudio.

A la Lic. Daniuska Cabezas , por todos sus consejos y el apoyo técnico y colaboración prestada para llevar a cado esta investigación.

Al personal del Hospital Dr. José María Vargas, por abrirnos sus puertas para el desarrollo de esta investigación.

A los pacientes y Familiares que son nuestra razón de existir y de quien aprendimos cada día a ellos nuestros respetos y agradecimientos.

A todas aquellas personas que de una u otra forma estuvieron involucrados durante el desarrollo de la investigación.

Sinceramente Gracias,

KEU Y THAOMA

CONTENIDO

	p p.
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	I
DEDICATORIAS.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
CONTENIDO.....	IV
LISTA DE CUADROS.....	V
LISTA DE GRÁFICOS.....	VI
RESUMEN.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULOS

I EL PROBLEMA	p p.
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Objetivos de la investigación.....	19
1.3. Objetivo general.....	20
1.4. Objetivos específicos.....	21
1.5. Justificación.....	21
II MARCO TEÓRICO	p p.
2.1 Antecedentes relacionados con la investigación.....	23
2.2. Bases teóricas.....	25
Protocolo de Enfermería.....	26
Utilidad del protocolo	26
Pasos para la utilidad del protocolo	27
Teoría de Virginia Henderson	30
2.3. Necesidades del paciente en fase terminal.....	32
2.8. Bases Legales.....	41
2.9. Sistema de Variable.....	47
3.0. Operacionalización de la variable.....	49

3.1. Glosario de Términos.....	50
III MARCO METODOLÓGICO	
4.1. Diseño de investigación.....	54
4.2. Tipo de investigación.....	55
4.3 Población.....	55
4.4. Muestra.....	56
4.5. Técnicas, Instrumento y procedimientos de Recolección de Datos.....	56
4.6. Validez.....	57
4.7 Confiabilidad.....	57
4.8 Prueba piloto.....	57
IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	58
V PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LOS CUIDADOS A PACIENTES EN FASE TERMINAL EN LA UNIDAD CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA DEL “HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA VARGAS” DE CARACAS.....	74
VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	83
5.2. Recomendaciones.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	86
ANEXOS.....	89
Anexo 1- Instrumento (guía de observación) para la recolección de datos.....	90
Anexo 2- cuestionario dirigido a las autoridades de enfermería.....	97
Anexo 3- cuestionario dirigido a las profesionales de enfermería.....	100
Anexo 4- Instrumento de validación.....	103
Anexo 5- Certificación de validez.....	105

LISTA DE CUADROS

p-p

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDADES FISIOLÓGICAS.....	59
CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDAD EMOCIONAL	62
CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDAD ESPIRITUAL	65
CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LOS CUIDADOS A PACIENTES EN FASE TERMINAL	68
CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJE DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE TERMINAL.....	71

LISTA DE GRÁFICOS

pp.

- GRÁFICO 1.** DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDADES FISIOLÓGICAS.....61
- GRÁFICO 2.** DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDAD EMOCIONAL.....64
- GRÁFICO 3.** DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDAD ESPIRITUAL67
- GRÁFICO 4.** DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS AUTORIDADES DE ENFERMERÍA PARA DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LOS CUIDADOS A PACIENTES EN FASE TERMINAL70
- GRÁFICO 5.** DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJE DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE TERMINAL.....73



**Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería**

**PROTOCOLO DE ENFERMERIA DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE
TERMINAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL JOSE MARIA VARGAS , SAN JOSE CARACAS 2010**

**Autoras: Thania Teixeira
Key Clayde**

Tutor: Mgs. Leila Revello

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito primordial la Propuesta de un Protocolo de Enfermería dirigido a pacientes en fase terminal en el Hospital “Dr. José María Vargas” de Caracas - Caracas. Desde el punto de vista metodológico el tipo de investigación es un proyecto factible, enmarcada en un diseño de campo. La población estuvo conformada por 26 profesionales de enfermería que representan el 100% de la muestra que laboran en el hospital. Para la recolección de los datos se diseñó un instrumento tipo guía de observación, contentivo de 43 ítems con respuestas cerradas en la escala de Lickent. La validez se midió a través de juicio de tres expertos afines del área de investigación. Según los resultados obtenidos por medio de la guía de observación se hizo necesario proponer un Protocolo de Enfermería para la aplicación de los cuidados al paciente terminal en el Hospital Dr. José María Vargas de Caracas. Las investigadoras concluyeron que no seguían lineamientos, ni protocolo, en cuanto a la atención de pacientes en fase terminal; el 62 % de los profesionales de enfermería dieron respuesta de que no poseen conocimiento acerca de los procedimientos clínicos a seguir antes y después del deceso como parte de un protocolo de atención y cuidado. Por lo que se considera alarmante estos resultados. Recomendando así la aplicación de un protocolo a pacientes en etapa terminal Durante el periodo de la investigación también se pudo Determinar que el Protocolo de enfermería dirigido a pacientes en terminal es factible, ya que se puede realizar a partir de su aprobación.

INTRODUCCIÓN

La conservación de la vida, el alivio del sufrimiento y el restablecimiento de la salud están íntimamente relacionados con la labor de enfermería, La sociedad occidental exalta la salud, la vida y la juventud. Por lo que la muerte es un tema que suele evitarse, incluso cuando es inminente suele negarse. No obstante, no es raro que ocurra en las salas de los hospitales. Por la naturaleza intrínseca la enfermería estas se encuentran con la muerte, con mayor frecuencia que la mayoría de las personas en curso normal de la vida; sin embargo, la frecuencia con que se encuentra no facilita tener que afrontarla.

En la actualidad, los protocolos de enfermería no se ejecutan con continuidad y es por ello que está afectando a grupos importantes de la población, convirtiéndose en un problema de Salud Pública, afecta mayormente a los grupos de personas que se encuentran en fase terminal en estas unidad de cuidados debido a condiciones socioeconómicas (higiénicas), falta de insumos, orientación y prevención sobre las diversas patologías que se ven reflejadas en la actualidad , así como por la carencia de consumo de una buena alimentación balanceada y con la frecuencia que el organismo requiere para fortalecer el sistema inmunológico.

Los procedimientos que se utilizan para cuidar al paciente en etapa terminal deben ser llevados de manera organizada, seguir ciertos lineamientos técnicos y sobre todo llevarse a cabo con dignidad y respeto. Aunque cada institución tiene sus procedimientos específicos, no hay guías generales prácticamente universales para el cuidado de los pacientes en fase terminal .De allí que los profesionales de enfermería, dentro de sus acciones asistenciales deben estar preparadas para responder de manera eficiente, tomando en cuentas las individualidades de cada paciente, en caso de en deceso, por lo que se hace énfasis en tener un protocolo que de base al profesional de enfermería para los cuidados terminales, considerando las variaciones que se pueden según la religión o las particularidades de cada país. De allí la relevancia de una Propuesta de protocolo

de Enfermería dirigido a pacientes en fase terminal del Hospital Dr. José María Vargas de Caracas – Caracas.

A los efectos de la organización y mejor comprensión de esta investigación, esta ha sido estructurada en capítulos de la siguiente manera:

El capítulo I está conformado por el problema, los objetivos que guiaran la investigación y la justificación.

El capítulo II está referido al Marco Teórico, el cual consta de los antecedentes la base a esta investigación las bases teóricas que dan sustento a la investigación bases legales y el sistema de variables y su Operacionalización, definición de terminología.

El capítulo III está conformado por Marco Metodológico el cual abarca el tipo y diseño de la investigación, población, muestra, procedimientos de recolección de datos, instrumento, validez, confiabilidad, teórica de análisis.

El capítulo IV presentación de resultados con sus respectivos análisis e interpretación.

El capítulo V se exponen las conclusiones y recomendaciones.

En el capítulo VI se presenta la propuesta del protocolo de enfermería dirigido a pacientes en fase terminal.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

El acto asistencial tiene tres vertientes principales: curar, aliviar y consolar. La contribución de cada una de ellas depende de la situación clínica del paciente en el momento concreto de la enfermedad y de los recursos sanitarios disponibles.

La buena conciencia no está difundida y ésta es una de las razones por las cuales observamos en el mundo el florecimiento de lo que el Santo Padre llama “la cultura de la muerte”. El cuidado es el nombre de un supuesto programa especial inexistente, para el cuidado de los pacientes con enfermedades terminales (moribundos) y sus familias.

En el centro hospitalario en estudio, se evidencia y se observa, que la problemática existente en el personal de enfermería, es que las actividades que realiza con este tipo de pacientes, en esta etapa de su vida, están enfocados en no ayudar a que esté cómodo, sino solo en aminorar su dolor y otros síntomas molestos, dejando a un lado la parte psicológica, como el de darle apoyo tanto a éste como a la familia durante el momento difícil y triste.

La bioética es otro de los factores importantes dentro de esta investigación y uno de los pilares que se tienen en cuenta como la reflexión de los hechos, principios y reglas; no requiere principios determinados de forma abstracta y que se impongan a la realidad de forma autoritaria, solo se toman estos para la realización de nuevos formatos en pro de un mejor funcionamiento de la vida, en este caso uno para la calidad de vida en el paciente en etapa terminal.

Según Garduño, A. (1998)

Es definida, como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud a la luz de los valores y principios morales, adquiere cada vez mayor trascendencia para orientarnos hacia un mejor porvenir en la convivencia de la humanidad y constantemente nos impone reflexiones sobre el respeto a la vida, a la naturaleza, a las personas y sus valores en cuanto a dignidad, libertad y tolerancia. (Pág. 1)

Ésta es una ciencia normativa del comportamiento humano aceptable en el dominio de la vida. Esto supone varias cosas: primero, que lo moral no es meramente convencional, ni mero resultado de la estrategia o el acto, sino que puede fundamentarse objetivamente.

Ninguna ley o disposición normativa puede ir en contra de estos principios fundamentales éticos y jurídicos, lo cual es importante para la elaboración de la legislación actual y futura en materia de bioética. En definitiva el derecho no puede desentenderse u oponerse a lo moral. Tampoco debe identificarse con lo moral, en el sentido de que no debe condenar todo lo que es inmoral o imponer todo lo que la moral exige.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS - 2005), señala que la calidad de vida es:

“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (Pág. 7).

El cuidado que el personal de enfermería ofrece al paciente terminal, debe ser entendido como un acto bioética de interacción humana y significativo, mediante esta interrelación el personal de enfermería debe considerar al usuario como un ser holístico.

La autora de la presente investigación considera que a nivel mundial los cuidados aportados por el profesional de enfermería carecen de lineamientos para la ejecución de la atención brindada al usuario, y es por ello que sugerimos la implantación de un protocolo de enfermería dirigido a pacientes en fase terminal para considerar al usuario como un ser holístico, que está interconectado con todos sus elementos, que es dinámico e impredecible en cada una de las respuestas que puede ofrecer ante elementos externos.

Por otra parte, la calidad de vida es el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura y las escalas de valores.

El Hospital J. M Vargas ubicado en san José de cotiza (tipo IV) cuenta con 438 camas, 13 pabellones, cuenta con una unidad de cuidados intensivos que posee 20 camas donde será aplicado el instrumento.

Todo esto, de una u otra forma está contenido en los derechos del usuario terminal, lo cual es fundamental que el equipo de salud que labora en el área de cuidados intensivos del hospital J.M Vargas esté capacitado en asistir las necesidades que requieren estos tipos de pacientes y las diversas patologías que posean en el área en especial el personal de enfermería, que es la responsable de ofrecer los cuidados asistenciales que comprenden la higiene personal, la alimentación, el cambio de posiciones corporales, la aspiración de secreciones

endotraqueales, las curas de heridas, entre otras actividades que se convierten en necesidades básicas para el usuario terminal, no dejando atrás la parte psicológica.

Protocolo de enfermería

Según el diccionario Español (2004), protocolo es un conjunto de acciones que se aplican de modo normalizado, bien para el tratamiento de una enfermedad, para realizar una investigación.

De acuerdo a Balderas, M. “Administración de Servicios de Enfermería”, protocolo se define como:

La descripción exacta de una actividad con especificación clara de su denominación, las condiciones en que se ejecuta, las características de la persona o grupo que lo lleva a cabo y la secuencia de los pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto (Pág. 19)

Un protocolo es un elemento indispensable en una organización, ya que determinan en buena manera la forma de actuar y en consecuencia, influyen en todo el proceso.

Según la autora, un protocolo debe especificar:

La actividad a realizar, con una denominación que no induzca a error y que sea de general aceptación entre los profesionales encargados de llevarla a cabo. Debe especificar la determinación del receptor de la acción, paciente o cliente, hacia el que va actuar, y las condiciones de este que hacen precisa la acción o en las que debe situarse el usuario. Por ejemplo, si el paciente no ha realizado micción voluntaria dentro de las 24 horas siguientes a una intervención, el protocolo indica que la enfermera debe proceder a realizar sondaje vesical, y el paciente deberá estar en una situación de información, asepsia y posición indicada igualmente por el protocolo.

Debe identificarse la descripción del agente que lleva a cabo la acción y las condiciones en que este debe situarse, como por ejemplo depende el caso, la vestimenta aséptica, lavado de manos u otras.

Se debe informar sobre la relación de los medios materiales a emplear en la acción y las condiciones exactas de estos recursos.

Se debe llevar la secuencia detallada de los actos que se van a llevar a cabo, explicando, si ello fuera necesario, las posibles precauciones a adoptar para evitar complicaciones o los signos de alarma que indicarían la presencia de reacciones o consecuencias adversas.

La forma de finalización del proceso, es decir, el resultado esperado, la recogida de los medios empleados y la manera de evaluar la acción y registrar lo realizado. (Pág 223).

Cumplidas esta serie de pasos, especificaciones y condiciones, se acepta que un protocolo tiene las siguientes utilidades:

Unifica los criterios de actuación de todos los trabajadores, en un lugar determinado de la organización, al marcar pautas concretas y correctas para llevar adelante el trabajo. Facilita el trabajo, especialmente el de los profesionales de nueva incorporación.

Abarata costes económicos, ya que estandariza la utilización de medios tiempos.

Sistematiza la información, facilitando el registro de las actividades. Ello ayuda a favorecer la transmisión de la información referida a la propia actividad y a los resultados de la misma.

El objetivo es proporcionar el cuidado en la etapa terminal a los pacientes con enfermedades terminales (moribundos) y a sus familias. En vez de tratar de curar una enfermedad, los esfuerzos del programa de cuidado para la etapa terminal

están enfocados en hacer que el paciente esté cómodo, en aminorar su dolor y otros síntomas molestos y en darle apoyo a la familia durante un momento difícil y triste.

La finalidad de crear un protocolo para pacientes en la etapa terminal trata de proporcionar la mejor calidad de vida para las personas moribundas proporcionándoles un enfoque "holístico"; es decir que da consuelo espiritual, mental, emocional y físico a los pacientes, a sus familias y a las demás personas encargadas de su cuidado.

El protocolo de enfermería es necesario para el profesional que atiende al paciente en fase terminal, usualmente estos lineamientos son fundamentales para ejecución de acciones para abordar estos tipos de pacientes y también, Es importante entender que la familia y paciente viven “una situación de gran impacto emocional, que no se da en ninguna otra situación”, lo que hace necesario, a los profesionales tengamos una sensibilidad especial y una formación específica para tratarla y que la comunicación del profesional sanitario con la familia y el afectado es un aspecto fundamental en estas situaciones.

Necesidades Fisiológicas del paciente en fase terminal

El personal de enfermería como cuidador, incluye en su práctica profesional actividades que protegen la dignidad del individuo, así como también conocimientos y sensibilidad hacia lo que es importante para los usuarios. El personal de enfermería debe apoyar al usuario mediante actitudes y acciones que muestren interés por su bienestar y su aceptación como persona, y no meramente como un ser mecánico. En consecuencia, el personal de enfermería no se puede reducir sólo a técnicas actuando de manera mecanicista, sino que su actuación debe ir más allá donde se incluya el afecto, la empatía y el respeto al enfermo. Se debe respetar:

- La sensibilidad, los movimientos y los reflejos, los empieza a perder el Enfermo por las piernas y los pies, por lo que debemos vigilar que las sábanas estén suficientemente flojas.

- Al aparecer una abundante sudación, señal del deterioro de la circulación periférica, el pie se enfría. Sin embargo la temperatura del organismo aumentara. La agitación que generalmente presenta el moribundo se debe muchas veces a la sensación de calor; muchos enfermos intentan quitarse las sabanas. Necesitan pues ropas ligeras y circulación de aire fresco.

- Conforme pasa el tiempo, el moribundo va perdiendo tanto la visión como la audición. Solo ve lo que le está muy cerca y oye nada mas lo que se le dice directamente. Hay que procurar que la habitación tenga luz suficiente, si es indirecta mejor, y pedir a los familiares que no hablen en voz baja, sino cerca de él, al oído pudiera ser, con voz clara y con respuestas sinceras.

- Aunque vaya disminuyendo su sensibilidad, el Enfermo en Fase Terminal siente la presión. Si a él le gusta, tóquelo. Pero habrá que saber si le place, hay muchos enfermos que prefieren la sola compañía del familiar sin el menor asomo de caricia física.

- La presencia del dolor físico puede ser continua a lo largo de todo el proceso agónico. Hay que curarlo. Si el Tantologo no es medico ni enfermero, entonces se requiere una gran comunicación con el equipo multidisciplinario pertinente.

- Con frecuencia., el Enfermo en Fase Terminal permanece con plena conciencia casi hasta el final. Lo que significa que hasta el final, hay que brindarle un cuidado holístico total, biofisiológico, psicológico, emocional., social, afectivo, místico, religioso, espiritual. Fisiológicamente hay que hacer hincapié en los Cuidados Paliativos.

Recordemos que el moribundo sigue siendo persona por mas moribundo que esté y seguirá siendo la misma persona que siempre fue. Nunca debemos olvidarlo.

En sí son los cuidados orientados al mantenimiento y conservación de las funciones básicas humanas en las enfermedades terminales con lentitud de los procesos corporales.

- **Higiene personal:** es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo y Debe cuidarse su higiene personal, proteger su piel, evitarse el estreñimiento.

- **Control del dolor:** es una de las acciones que se imparte a los pacientes en fase o no terminal e implica no solo el dolor corporal por heridas, operaciones y entre otras, sino también de aquel dolor psicológico tanto al paciente como a su entorno familiar.

- **Alivio de dificultades respiratorias:** Consiste en evitar los alérgenos e irritantes respiratorios conocidos, así como controlar los síntomas y la inflamación de las vías respiratorias a través de un medicamento o tratamiento prescrito médicamente.

- **Hidratación:** es solventar y / o sustituir mediante soluciones hidroelectrolíticas los nutrientes perdidos ya sea por una deshidratación o por derrames externos o internos del contenido sanguíneo de un individuo.

- **Eliminación:** abarca la necesidad de miccionar o defecar del paciente y la ayuda que se le brinda a este mediante tratamiento así como el control de lo ingerido y lo eliminado.

- **Nutrición:** la nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan y utilizan los alimentos y los líquidos para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de las funciones normales. La nutrición también es el estudio de la relación entre los alimentos y los líquidos con la salud y la enfermedad, especialmente en la determinación de una dieta óptima.

- **Alivio de alteraciones sensitivas / perceptivas:** es el método de ayuda e interacción del personal de enfermería para con las distintas conductas que adapte el paciente en fase terminal o en determinada patología que amerite el ingreso y hospitalización del mismo.

Necesidad Emocional

Se refiere a la identificación del enfermo terminal con una fe o creencia religiosa específica que le rinde significado a su vida.

- **Comunicación:** es la interacción enfermera paciente, basándose en el respeto y la naturaleza de una relación que depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los dos interlocutores, todo esto con el fin de dar a conocer tanto al paciente como a la familia la magnitud de la patología en cuestión, tratamientos, posibles ayudas, soluciones y entre otros.
- **Comprensión y afecto:** es un proceso cognoscitivo, o el resultado de un conjunto de procesos cognoscitivos, consiguiendo la integración correcta de un nuevo conocimiento a los conocimientos preexistentes de un individuo.
- **Respeto:** como virtud, es la justa apreciación de las excelencias morales de una persona y el acatamiento que por tal causa se le hace. El respeto a uno mismo y a los demás exige proceder de acuerdo con la condición y circunstancias de uno y otros, y siempre partiendo de la consideración y valoración de la dignidad de la persona humana.

Necesidad Espiritual

- **Asistencia Religiosa:** se define al apoyo psicológico y espiritual del paciente y los familiares, de parte de los profesionales religiosos, así como una acogida que es un derecho y una ayuda preciosa para cada paciente y no solo en la fase terminal de la vida, trasfigura el propio dolor en acto de amor redentor y la muerte en apertura hacia la vida en Dios".

Es la comunicación terapéutica que establece la enfermera con los familiares de los pacientes terminales con el propósito de promover la expresión de los sentimientos.

- **Justicia:** básicamente esto dice que es la virtud de cumplir y respetar el derecho, es el exigir sus derechos y es otorgar los derechos a un individuo, en este caso, paciente.
- **Dignidad:** hace referencia al valor inherente al ser humano en cuanto ser racional, dotado de libertad y poder creador, pues las personas pueden modelar y mejorar sus vidas mediante la toma de decisiones y el ejercicio de su libertad. La dignidad se explica en buena medida por la "autonomía" propia del ser humano.

Principios Bioéticas

Son orientaciones generales que facilitan la toma de decisiones cuando entran en conflicto durante la presentación de cuidados a pacientes en fase terminal.

- **Beneficencia:** se refiere Primero al no dañar y a evitar o prevenir daños a los pacientes.
- **No inducción al baño:** es el principio de autonomía del paciente y del cual no se debe limitar la libertad de este pero si aplicar un consentimiento informado.

Necesidades psicológicas del paciente en fase terminal

Respecto a sus necesidades psicológicas - emocionales, recordemos que el paciente está sufriendo diferentes pérdidas, muy dolorosas para él. Pérdidas a las que el Tantólogo debe poner mucha atención. Estas son principalmente:

Perdida de salud

La primera y más obvia. Lo que ya no es tan manifiesto, son las consecuencias necesarias por esta pérdida, el enfermo pierde también su seguridad, incluyendo quizás la que da la esperanza, ya que su futuro le es incierto, pierde su tranquilidad, hasta económica en muchos casos, pierde su estabilidad, también emocionalmente hablando, pierde su autonomía, es decir, se vuelve una persona dependiente de todos y para todo y llega a perder hasta su capacidad de decisión, por más que se trate de su propia vida.

Perdida de libertad

Libertad de movimientos, ya que por el gran debilitamiento que padece no podrá moverse aunque este llastado por no cambiar de postura, también perderá su libertad de pensar: la mezcla de emociones que sufre lo obligara a pensar siempre en una misma dirección, perderá su libertad de privacidad, aunque sea el protagonista del drama, en los hospitales muchos estudiantes, los residentes, tienen el derecho de entrar a examinar al paciente, por más que éste se enoje, o por más vergüenza que le dé.

Perdida del cuerpo

Lo pierde como aliado, como su amigo. Desde el momento en que comenzó el proceso degenerativo consecuencia de la enfermedad terminal, su cuerpo se convierte en el enemigo actual y en un obstáculo para su autorrealización. Para muchos pacientes esto reviste la mayor importancia, hasta se apenan de que alguien vea su deterioro físico.

Perdida de la imagen propia

Ante el deterioro físico aparece la pérdida de autoestima, principio de una depresión que puede ser muy profunda: por ejemplo, cuando la quimioterapia obliga a la mujer a raparse la cabeza. Con la depresión el paciente sufre también pérdida de afectos ya que se negará a toda relación afectiva y se llenará de rabias y de culpas.

Perdida de la paz interior

Porque, ante la cercanía de la muerte, el moribundo comenzará a hacer un auto análisis de su vida y si no se le ha ayudado en todas sus pérdidas, el saldo será negativo para él. Igual le sucederá cuando, sin llegar aun a la Depresión Anticipatorio, empiece a enfrentar la realidad de su problema, cercana muerte y todas sus consecuencias: cómo van a quedar sus seres queridos cuando él haya muerto, cuánto irán a sufrir...y es probable que surjan fuertes culpas.

Lo anterior da al Tantólogo, muchas líneas de trabajo importantes, además de las estudiadas durante la carrera. Si recordamos la definición de Enfermo Terminal, sabemos que los problemas empiezan desde el momento mismo en que conoció su diagnóstico. Recordemos que la Angustia, es la primera de las emociones que aparecen y hará que tanto él como su familia olviden muchas de las opciones que dio el médico y muchas de las razones ofrecidas. Recordemos que el diagnóstico tiene un profundo significado emocional que continuará a lo largo de todo el proceso e influirá en las consecuencias. Y recordemos la soledad del moribundo, el vacío amoroso que suele tener. Recordemos que lo escrito para que realmente vivamos la misión del Tantólogo. Hay que aumentar otro punto básico en el trato con el Enfermo en Fase Terminal: sus miedos.

Los miedos del moribundo

El periodo que va de ser un Enfermo Terminal a un Enfermo en Fase Terminal, esta con mucha frecuencia envuelto en diversas crisis. Percibir las y definir las es algo de lo más importante, tanto para el enfermo y sus familiares, como para el Tantólogo. Si el paciente llega a superar realmente la crisis del conocimiento de su cercana Muerte, entonces podrá entrar en un camino integrado de aceptación, paz y dignidad. En caso contrario, caerá en un proceso de desintegración y se verá obligado a utilizar muchos mecanismos de disfunción.

Las crisis que acompañan al enfermo pueden aflorar problemas del pasado que han estado reprimidos por largos años y activar al mismo tiempo, problemas de dependencia, Pasividad, narcisismo, e identidad, entre otros. La muerte enfrenta a la persona con una potencial disolución de su Yo y esto hace que el enfermo sufra de miedos. El Tantólogo debe ayudar a los Enfermo Terminales y a los Enfermos en Fase Terminal a que negocien con los varios aspectos del proceso del morir, según su personalidad y espiritualidad y con los miedos que brotan sin misericordia. Estos son principalmente los siguientes:

Miedo a lo desconocido

Aunque todos los estudios del tema lo mencionaran, parece ser que no existe o al menos no es tan fuerte, en las personas realmente místicas. Las personas que tienen verdadera fe en la resurrección pueden manejar mejor este miedo. Por el sentido de persona y trascendencia que proclama esta doctrina.

Miedo a la destrucción

La destrucción del cuerpo en el proceso de putrefacción. Va en contra del narcisismo natural. Además de que muchas personas sufren el miedo al cadáver quizás por las consejas populares y las películas de terror.

Miedo a la soledad

Desde el momento mismo de la hospitalización se aparta al enfermo del resto de sus amigos y familiares, incluso sucede esto si el paciente permanece en su casa. Es un fenómeno psicológico y cultural que deshumaniza y mecaniza el proceso de morir. El asilamiento y la privación del contacto humano llevan rápidamente a una fuerte depresión. Recordemos que el hombre es un ser antropológicamente social y al Enfermo en Fase Terminal, mas si está en alguna unidad de Terapia Intensiva, se le prohíbe estar con miembros de su familia o sus amigos y la persona enferma sabe que esto va a suceder y lo sabe mucho antes de ser un moribundo. Por eso su miedo. El Tantólogo consciente de tal situación futura, deberá trabajarla anticipatoriamente tanto con el Enfermo Terminal como con su familia.

Miedo de perder el cuerpo

Sentido psicológico de la pérdida del Yo. Si perdemos el Yo perdemos todo. También influye un poco la cultura al físico, típica de nuestros tiempos.

Miedo a perder el autocontrol

Cada día que pasa y que la enfermedad se agrava, va creciendo la dependencia. El Yo no es más el amo ni el capitán. Parece que no tiene derecho alguno a hacer la más mínima decisión sobre su vida y esto lo resiente todo enfermo. Por eso es muy importante mejor dicho, es importante en extremo, dejarle al moribundo cualquier autoridad que pueda seguir teniendo y dejarlo que siga reinando tanto como sea posible sobre su propia situación, cuando ya no pueda hacerlo, lo podrá aceptar un poco más fácilmente y ya no sufrirá vergüenzas por ello.

Miedo al dolor

Es uno de los más agudos y realistas es una de las circunstancias que pueden agobiar mas al Tantologo no es especialista en manejo del dolor. No es solamente miedo al dolor físico, sino miedo a estar viviendo de sufrimiento en sufrimiento y de que tal situación se torne inmanejable. Sabemos que el alivio del dolor está muy influenciado por las propias actitudes del paciente hacia su propio tormento. Manejarlas es una gran meta Tanto lógica. En muchas ocasiones el miedo al dolor es provocado por algunos otros de los miedos. Es importante tener una buena relación con algún especialista en la cura del dolor físico. Ya existen muy buenas clínicas de dolor. Quitar el dolor es básico. No debemos permitirnos que nuestro “miedo moral” por el peligro de una adicción impida que ayudemos a nuestro paciente.

Miedo de pérdida de identidad

Surge como resultado del vacío del contacto humano. En muchos hospitales se ven “casos muy interesantes” o simplemente “expedientes” pero no personas enferma. Una señora decía: “La vida es triste, cuando vivía mi esposo, yo era la señora X y cuando murió fui solamente Doña Luisa; ahora soy nada más la setenta y siete” al sentirse tratado así y al tener que vivir una soledad profunda e interior, aparecen los miedos ya citados en el Enfermo Terminal y más aun si se trata de Enfermos en Fase Terminal. Es necesario que el Tantólogo trate de levantar la autoestima de su paciente. Es necesario que por todos los medios a su alcance, lo haga sentirse persona y no solo un número de identificación.

Miedo de regresión del Yo

Representa quizás la última lucha. El Ego pelea constantemente contra la regresión dentro de su pérdida del Yo. Lo que significa que todo Enfermo, todo

ser humano, necesita morir con dignidad. No por algo el acto de morir es el último en la vida de las personas y el más trascendente e importante de todos.

Parece que los miedos más comunes entre los mexicanos, son cuatro: además de lo dicho renglones arriba, el Tantólogo deberá asegurarles, tanto al paciente como a los familiares, que los fármacos si darán bienestar al enfermo y que el personal del hospital no podrá permitir que un dolor curable lo vaya a hacer sufrir. Quizás sea necesario informar a los familiares que la agonía, en sí, es indolora: la naturaleza proporciona, diremos que amorosamente, un anestésico total cuando llega el momento de la Muerte, cuando la agonía es ya el final. Uno de los errores más habituales es creer que dolor y agonía son compañeros inseparables esto sería una excepción a la regla. Lo común es que la inconsciencia aparezca más frecuentemente que el dolor. Morir no es más doloroso que nacer.

Un error que cometemos con muchísima frecuencia es el de sedar al paciente para evitarle molestias a él y a sus familiares. Tratamos de mantenerlo sedado, e incluso lo hacemos por petición expresa de los mismos familiares que la piden movidos por su angustia e impotencia. Pero un manejo inadecuado del dolor físico o mental, trae mayores sufrimientos.

Todo miembro del Equipo de salud debería examinarse sobre su actitud mental hacia la Muerte y hacia el dolor de morir, una mala actitud, sea por conceptos culturales, religiosos, históricos, sociales, emocionales, o profesionales, causa sufrimientos físicos y psíquicos en mayor o menor grado. En cambio, una aceptación real de la Muerte, evita mucho dolor y sufrimientos patológicos. Por lo mismo el Tantólogo debe conocer la actitud al respecto de sus paciente el Enfermo y la Familia, lo mismo que la de los miembros del equipo de salud y orientarlos.

Por lo que toca al miedo de la soledad, este guarda una relación directa con el anterior: el dolor es más intenso para el enfermo cuando se queda solo. Para

comprender mejor lo dicho recuerde usted sus ideas al odontólogo no se siente igual el martirio si entra solo al consultorio y se sienta solo en la silla del dentista, a que si va acompañado por alguien que usted ama. O recuerde sus consultas con cualquier otro especialista: ir acompañado le facilita escuchar lo que quieren informarle y disminuye muchísimo el grado de angustia que tenga. Imagínese el miedo que sentirá el paciente moribundo cuando este solo.

El enfermo moribundo necesita saber que no lo hemos abandonado. Por eso exige nuestra presencia física y no solo la moral. Según la experiencia es notable el hecho de que la mayoría de los pacientes mueren cuando están acompañados. Esto puede significar que el moribundo prefiere morir en presencia de otro ser humano. Hay enfermos que temen irse a dormir, porque temen morir solos.

Ortiz Q. (1990), nos recuerda que el calor humano vivifica al que se muere, mientras que la soledad acentúa el dolor de despedirse de la vida. Debemos asegurarnos que siempre que sea posible, estén alrededor de su cama las personas que ama el que está muriendo. El necesita de sus seres queridos. Pero a medida que se acerca el final, que se debilita, lo más conveniente será limitar el número de visitas: máximo dos o tres.

El Tanatólogo debería conocer bien a la familia y al enfermo para saber que personas son las indicadas para estar con el moribundo, ayudarlas y estar abierto a sus necesidades. Esto no quiere decir que debamos platicar con el moribundo. Nuestra simple presencia es lo que él necesita para saber que no lo hemos abandonado.

No todos los Enfermos en Fase Terminal, pero si muchos, sufren el miedo de que su vida haya carecido de sentido, de significado. Se trata de un miedo tan difícil de explicar como de afrontar. La importancia que tiene este concepto y que debemos insistir en una cosa es la que perder el sentido de nuestra vida es la

mayor desgracia que el ser humano puede tener. Los humanos buscamos incesablemente un significado para todo, más para los sucesos de la vida, es como si quisiéramos que nuestro vivir estuviera repleto de significado, no importa tanto la autoconservación como la autorrealización.

De acuerdo a las situaciones señaladas, estas interrogantes se formulan en torno ha:

¿Cómo son los cuidados que el personal de Enfermería practica a pacientes en fase Terminal en cuanto a las necesidades físicas, psicológicas emocionales?

¿Es factible, la aplicación de un Protocolo de Enfermería dirigido a pacientes en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital José María Vargas de Caracas - Caracas?

¿Qué debe llevar un protocolo de enfermería dirigido a pacientes en fase Terminal del Hospital José María Vargas de Caracas - Caracas?

Para dar respuestas a las interrogantes anteriores, las investigadoras proponen un Protocolo de Enfermería dirigido a Pacientes en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital José María Vargas de Caracas - Caracas.

Objetivos de la Investigación

-Objetivo General

Proponer un Protocolo de Enfermería dirigido a pacientes en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital José María Vargas de Caracas – Caracas.

-Objetivos Especificos

Determinar los cuidados de Enfermería brindados a pacientes en fase Terminal, en cuanto a las necesidades fisiológicas, espiritual, emocional.

Determinar la factibilidad de un Protocolo de Enfermería dirigido a pacientes en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital José María Vargas de Caracas - Caracas.

Elaboración de criterios del Protocolo de Enfermería, dirigido a pacientes en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital José María Vargas de Caracas - Caracas.

Justificación

En el ámbito de la actividad de asistencia sanitaria, el paciente en etapa terminal (moribundo), ocupa un lugar muy importante que hunde sus raíces en la concepción de la vida. Acompañar en las últimas fases a un paciente plantea interrogantes profundas al personal de enfermería, interrogantes que no pueden ser resueltas solamente con un método técnico; la verdadera naturaleza de tales cuestiones es antropología y ética. A la ética se le reconoce hoy un papel esencial en la organización de la salud.

El motivo para qué de la realización de esta investigación es el de tratar de conformar un programa para el cuidado en la etapa terminal de los pacientes y proporcionar la mejor calidad de vida para las personas moribundas, brindándoles un enfoque "holístico"; es decir que de consuelo espiritual, mental, emocional y físico a los pacientes, a sus familias y a las demás personas encargadas de su cuidado.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación busca información acerca de un protocolo, en cuanto a los cuidados de enfermería al individuo en fase

terminal. Para permitir que el personal de enfermería pueda desenvolverse de manera eficiente.

De allí, se comprende que el personal de enfermería con funciones asistenciales, debe estar en condiciones de proporcionar cuidados eficaces y adecuados para poder identificar el momento del suceso y sobre todo, el momento de indagar con los familiares.

Como resultado de la presente investigación, se espera que los beneficiados sean las investigadoras, la profesión como vector y demostración de los principios éticos – morales, la institución hospitalaria y principalmente el paciente en etapa terminal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes relacionados con la investigación

Barreto, F. (2002), realizó un estudio en el Servicio de Medicina del hospital “Simón Bolívar” en Ocumare del Tuy, Edo Miranda, con título de **“Formación de la enfermera en la atención a personas en etapa terminal”**, cuyo objetivo fue elaborar una guía de observación para determinar el grado de conocimiento que posee el personal que asiste a personas en etapa terminal, La investigación fue de carácter descriptivo y documental, el tipo de instrumento para la recolección de datos fue un cuestionario en el que pretendieron hacer un análisis sistemático sobre la participación del personal de enfermería en los cuidados que se le pueden brindar a los usuarios en la etapa terminal, hospitalizados en el servicio de medicina del hospital antes mencionado.

La documentación se obtuvo de pacientes con patologías terminales (cáncer, HIV, entre otros), arrojando como conclusión que dada las complicaciones que presentan este tipo de pacientes, se hace necesario reformular planes que capaciten al personal de enfermería con el propósito de responder a un compromiso social, como es la formación de nuevos recursos humanos calificados para la atención de pacientes en etapa terminal.

Reyes C. (2002), realizó un estudio en el Tigre, Estado Anzoátegui, con título **“Cuidados de enfermería al usuario terminal y Post - mortem a reclusos en la unidad de trauma Shock del Centro Geriátrico “La Montonera.”** Cuyo objetivo general fue proponer un protocolo de enfermería al usuario terminal y post-mortem, El estudio fue descriptivo y transversal el cual se utilizó como instrumento una encuesta la misma fue aplicada a la población estuvo constituida por 36 adultos mayores y 7 enfermeras. Los

resultados concluyeron que la tensión de enfermería al usuario terminal Post - mortem, repercuten favorablemente en la satisfacción del usuario y sus familiares, haciendo de este momento tan doloroso y un poco más llevadero.

Esta investigación al igual que cuidados a pacientes en fase Terminal, explica a su vez la importancia del protocolo y su repercusión favorable sobre los familiares de los usuarios a estudios.

García, G. y Torrealba E. (2000), hicieron un trabajo que llevó por título: **“Actitud de los Profesionales de Enfermería hacia la comunicación del Enfermo Mental Hospitalizado en la Unidad Clínica de Psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas”**. Esta tuvo como principal objetivo, determinar la actitud del profesional de Enfermería hacia el Paciente Hospitalizado, investigación de tipo descriptivo de carácter documental.

Las investigadoras, con este antecedente de tipo psiquiátrico pretenden dar semejanza por la falta de atención del nivel psicológico que no se le proporciona al paciente en estos centros y que mucho menos se les da a los que están en Fase Terminal en los centros hospitalarios no psiquiátricos.

Los resultados obtenidos permiten concluir que el profesional de Enfermería debe manejar los conceptos de comunicación, así como los tipos y elementos de la misma, pues estos constituyen un factor determinante en el establecimiento de la relación terapéutica enfermera – paciente, reconociendo que a través de esta, el profesional de enfermería puede ayudar en la satisfacción de las necesidades de los enfermos alcohólicos, creando un ambiente adecuado para proporcionarle la ayuda que estos requieran. En relación con el trabajo de investigación, enfatiza en la influencia de la comunicación en la calidad de atención ofrecida para contribuir a la grata estadía durante la Fase Terminal.

Los antecedentes reportados en este capítulo, permiten evidenciar una vez más, la necesidad de reflexionar sobre los requerimientos referidos a la necesidad de establecer El Protocolo estandarizado, para la atención de los Pacientes en Fase Terminal, con la finalidad de contribuir a su cómoda estadía durante esta Fase, tomando además en consideración la importancia de la validación, el establecimiento de la relación de ayuda y el ofrecimiento de una oportuna educación para con cada enfermedad terminal que le permita autosatisfacer sus necesidades cuando la situación así lo requiera.

Bases Teóricas

Protocolo de enfermería

Según el diccionario Español (2004), protocolo es un conjunto de acciones que se aplican de modo normalizado, bien para el tratamiento de una enfermedad, para realizar una investigación.

De acuerdo a Balderas, M. “Administración de Servicios de Enfermería”, protocolo se define como:

La descripción exacta de una actividad con especificación clara de su denominación, las condiciones en que se ejecuta, las características de la persona o grupo que lo lleva a cabo y la secuencia de los pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto (Pág. 19)

Un protocolo es un elemento indispensable en una organización, ya que determinan en buena manera la forma de actuar y en consecuencia, influyen en todo el proceso.

Según la autora, un protocolo debe especificar:

La actividad a realizar, con una denominación que no induzca a error y que sea de general aceptación entre los profesionales encargados de llevarla a cabo.

Debe especificar la determinación del receptor de la acción, paciente o cliente, hacia el que va actuar, y las condiciones de este que hacen precisa la acción o en las que debe situarse el usuario. Por ejemplo, si el paciente no ha realizado micción voluntaria dentro de las 24 horas siguientes a una intervención, el protocolo indica que la enfermera debe proceder a realizar sondaje vesical, y el paciente deberá estar en una situación de información, asepsia y posición indicada igualmente por el protocolo.

Debe identificarse la descripción del agente que lleva a cabo la acción y las condiciones en que este debe situarse, como por ejemplo depende el caso, la vestimenta aséptica, lavado de manos u otras.

Se debe informar sobre la relación de los medios materiales a emplear en la acción y las condiciones exactas de estos recursos.

Se debe llevar la secuencia detallada de los actos que se van a llevar a cabo, explicando, si ello fuera necesario, las posibles precauciones a adoptar para evitar complicaciones o los signos de alarma que indicarían la presencia de reacciones o consecuencias adversas.

La forma de finalización del proceso, es decir, el resultado esperado, la recogida de los medios empleados y la manera de evaluar la acción y registrar lo realizado. (Pág 223).

Utilidad de un protocolo

Por otra parte Mompart, J. (1991), refiere que un protocolo o procedimiento alcanza su mayor utilidad cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- Necesidad de protocolización
- Accesibilidad para su consulta y discusión
- Posibilidad de cumplimiento y revisión
- Facilidad de cumplimiento

En cuanto a la necesidad de protocolización implica que se deben elaborar procedimientos de aquellas actividades que son verdaderamente significativas por:

- Su importancia para el cuidado.
- La complejidad de su ejecución.
- La posibilidad de obtener resultados diferentes con diversos modos de actuación.
- Su costo de tiempo y dinero.

De acuerdo a la accesibilidad para la consulta y discusión, los protocolos deben recogerse por escrito y conjuntamente en un manual de procedimientos que esté al alcance de todos los trabajadores para su consulta en cualquier momento. Debe estar realizado de tal manera que permita la sustitución de aquellos procedimientos que se hayan modificado o transformado por otros.

La posibilidad de cumplimiento y revisión consiste en que dicho protocolo solo sirve si es observado por el personal y que en caso dado pueda ser cambiado, sustituido o anulado.

La facilidad de cumplimiento de un protocolo, debe reflejar la mejor manera de llevar a cabo una actuación de enfermería pero, siempre que esta sea verdaderamente posible de acuerdo a los medios y la situación en que se encuentre la institución y el propio personal. Por tanto puede ser:

- a) Empírico, cuando recoge la forma habitual en que se practica un determinado cuidado.
- b) Ideal, cuando se expresa la manera idónea que será preciso alcanzar en la realización de una práctica de enfermería.

Pasos para la elaboración de un protocolo

Estudio de la norma: generalmente, un protocolo significa el cumplimiento de una norma de ámbito amplio, para la que el protocolo sirve como instrumento de

puesta en práctica concreta. Por tanto, el protocolo debe partir de los supuestos generales que se reflejan en la norma, y no puede nunca estar en contradicción con ninguna de las normas o estándares existentes de la institución.

Identificación de las condiciones: tanto de los posibles usuarios en los que se deba utilizar el protocolo, como del personal (educación, experiencia, actitudes) y del material disponible.

Constitución de un grupo o un comité de protocolos: es deseable que todos los miembros se incorporen al grupo de forma voluntaria y que posean el respeto y la consideración de los demás en relación con sus conocimientos (poder de experto). Se debe realizar la bibliografía existente, otros protocolos dentro del centro elaborados por diversas instituciones y las recomendaciones nacionales o internacionales al respecto.

Redacción y distribución: una vez redactado debe ser distribuido entre las distintas unidades que lo han de llevar a la práctica. Debe ir acompañada de una presentación adecuada a todo el personal, que incluya la explicación de los motivos por los que se pone en marcha este tipo de trabajo, las ventajas esperadas y la forma en que se evaluará la adecuación y la participación de todos en su consecución.

Experimentación y revisión: antes de la aceptación definitiva, un protocolo debe ser experimentado, es decir, aplicado en un grupo seleccionado de usuarios en los que se observará la pertinencia, adecuación y resultados de la acción protocolizada ya que esto permite revisar las posibles incoherencias o inadecuaciones en la práctica, antes de su general aplicación. Igualmente, es conveniente establecer un sistema de revisión, con plazos conocidos, pues las condiciones del trabajo puede ser necesario que se adopten modificaciones que aseguren el nivel constante del cumplimiento de la práctica.

Cumplidas esta serie de pasos, especificaciones y condiciones, se acepta que un protocolo tiene las siguientes utilidades:

Unifica los criterios de actuación de todos los trabajadores, en un lugar determinado de la organización, al marcar pautas concretas y correctas para llevar adelante el trabajo.

Facilita el trabajo, especialmente el de los profesionales de nueva incorporación. Abarata costes económicos, ya que estandariza la utilización de medios tiempos. Sistematiza la información, facilitando el registro de las actividades. Ello ayuda a favorecer la transmisión de la información referida a la propia actividad y a los resultados de la misma.

El objetivo es proporcionar el cuidado en la etapa terminal a los pacientes con enfermedades terminales (moribundos) y a sus familias. En vez de tratar de curar una enfermedad, los esfuerzos del programa de cuidado para la etapa terminal están enfocados en hacer que el paciente esté cómodo, en aminorar su dolor y otros síntomas molestos y en darle apoyo a la familia durante un momento difícil y triste.

La finalidad de crear un protocolo para pacientes en la etapa terminal trata de proporcionar la mejor calidad de vida para las personas moribundas proporcionándoles un enfoque "holístico"; es decir que da consuelo espiritual, mental, emocional y físico a los pacientes, a sus familias y a las demás personas encargadas de su cuidado.

El paciente en fase Terminal

El paciente terminal presenta etapas muy características dentro del proceso que conlleva a la aceptación de su condición e inevitable muerte. Se evalúan entonces los cambios del comportamiento que vive el paciente terminal frente a la situación que tiene que vivir hasta que ocurra el desenlace.

La negación de la enfermedad es un componente inicial que presentan los pacientes frente a su condición. Se manifiesta que no existe temor, que la enfermedad no puede ser tan grave y se enmascaran los síntomas o molestias que pueda presentar por miedo a preocupar a su familia. Al igual la familia trata de minimizar la enfermedad por medio de la sobreprotección y la preocupación excesiva por procurar un ambiente menos doloroso para el paciente; situación que desencadena conflicto entre ambas partes, ya que el paciente pretende no estar enfermo y su familia busca la mejor forma de ayudarlo.

Este conflicto dura por mucho tiempo hasta que finalmente, el paciente terminal comienza a manifestar rabia frente a una situación que no puede controlar. En este momento surge la culpa por no poder superar lo que sucede y se crea la sensación que la enfermedad es atribuible a un castigo divino, que justifique en cierta forma la desgracia que se vive. Es cuando se culpa a Dios o a un ser supremo ante la impotencia de no poder vencer la enfermedad. Lo que se podría interpretar como la injusticia de la muerte para los seres humanos que quieren seguir viviendo.

Esto nos afirma el que la existencia de un protocolo para pacientes de este tipo es falsa y que por ello las investigadoras tienen énfasis en crearlo, éste con el fin de ayudar no solo al paciente en fase terminal sino también a sus familias durante este transe.

Henderson, V. (1972), refiere que:

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”. (Pág. 314)

Según la autora, los elementos más importantes de su teoría son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud. Identifica catorce necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados. Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las siete necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización . (Pág. 632).

La autora considera catorce necesidades humanas básicas, estas son:

Respirar con normalidad. Comer y beber adecuadamente .Eliminar los desechos del organismo. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada. Descansar y dormir .Seleccionar vestimenta adecuada. Mantener la temperatura corporal. Mantener la higiene corporal. Evitar los peligros del entorno. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión. Trabajar de forma que permita sentirse realizado. Participar en todas las formas de recreación y ocio. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud. (Pág. 635).

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, las investigadoras analizan que la autora identifica catorce necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos , que pueden no satisfacerse por causa de una

enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital , incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales . Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. Henderson, V. (1921), dice que:

“todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello” (Pág. 293).

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

Sin embargo, el razonamiento de las investigadoras es entorno que dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables estados patológicos:

Falta aguda de oxígeno. Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias). Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios). Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales. Estados febriles agudos debidos a toda causa. Una lesión local, herida o infección, o bien ambas. Una enfermedad transmisible. Estado postoperatorio. Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento. Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente. Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas antes mencionadas.

Mediante la teoría de Henderson, V. (1962), se relacionan los tres conceptos básicos del Meta paradigma de enfermería con el protocolo de la siguiente manera:

Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal / física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Cuidados para el final de la vida

Los Cuidados paliativos: Cecily, S. (1967), sentó las bases de lo que actualmente conocemos como Cuidados Paliativos / medicina Paliativa. Su propósito es el apoyo y el cuidado de las personas en las últimas fases de su enfermedad, para que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. Refiere que:

Los Cuidados Paliativos / Medicina Paliativa no son un conjunto de omisiones terapéuticas que buscan poner término a un sufrimiento y por ningún motivo debe confundirse con la muerte asistida o la eutanasia. Es una filosofía que encierra el concepto de morir con dignidad, que debe ocurrir en su momento, sin acelerarla, pero tampoco alargarla inútilmente y de una forma cruel (Pág. 290)

Los Cuidados Paliativos / medicina Paliativa tienen como objetivo la atención integral del enfermo, es decir, desde un punto de vista holístico, englobando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, incorporando a la familia en los cuidados. Estos cuidados deben ser llevados a cabo por equipos multidisciplinarios, integrados por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes espirituales y voluntarios.

Cuando las terapias ya no ofrecen los beneficios deseados o cuando los efectos adversos, debidos al tratamiento, superan los propios beneficios, nos encontramos ante una de las etapas más difíciles en el tratamiento y es cuando hay que pasar del

tratamiento tradicional al tratamiento paliativo. En la práctica decimos que estamos ante un paciente terminal cuando existe un estado clínico que provoca una expectativa de muerte en breve plazo y se denomina fase terminal.

Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), los elementos fundamentales que definen la enfermedad terminal son: Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.

Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico: es muy importante en este punto haber agotado todos los recursos terapéuticos disponibles en la actualidad, antes de definir como enfermo terminal a un paciente y se corre el riesgo de caer en lo que se denomina encarnizamiento terapéutico. Nunca debemos confundir lo que es alargar la vida con alargar la agonía. El encarnizamiento terapéutico puede prolongar la agonía. El respeto a la vida implica el derecho a la muerte y todo ser humano tiene derecho a una muerte digna.

Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes: los síntomas van aumentando a medida que progresa la enfermedad y en los últimos días estos cambios pueden producirse en cuestión de horas o minutos. Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte: la familia del enfermo tiene un doble papel en los Cuidados Paliativos de dadora y receptora de cuidados y como dadora de cuidados esta debe ser parte del equipo, por lo que será necesario formarla y educarla, ya que tener una tarea concreta en relación con el cuidado directo del enfermo, disminuye de una forma importante el impacto emocional.

Como receptor de cuidados, se le debe administrar un apoyo práctico y emocional a los familiares, así como ayudar durante el duelo, para prevenir el duelo patológico. Este se hará de forma periódica, ya que se puede modificar bruscamente en función de la situación del enfermo. Por lo que respecta al equipo terapéutico, tendría que haber programas de autoprotección frente a la tensión que supone el contacto permanente con

la muerte. Una buena manera es la comunicación entre todos los elementos del equipo y una rigurosa selección de los profesionales.

Principios clínicos procedimentales en el cuidado del usuario terminal: el paradigma médico clásico llamado Newtoniano, cartesiano, resulta insuficiente a partir del momento en que el hombre es visualizado como una gran unidad. En el paradigma emergente se impone una visión interdependiente del usuario, de sus componentes físicos, psíquicos, sociales y ambientales lo cual lo hace ser complejo. En consecuencia, el hombre debe ser considerado como un sistema, donde cada una de sus partes está interrelacionadas, lo que significa que el comportamiento de cada parte va a depender del estado de todas las partes ya que todos están interconectados.

El personal de enfermería debe acercarse al mundo del otro para comprenderlo y desde allí fortalecerlo en su propia capacidad de cuidado; según Orcajo J. (2005): “el personal de enfermería debe reconocer su propia vida, la propia percepción para extraerla del análisis de la experiencia del otro, evitando darle su propia interpretación” (Pág. 49).

La Enfermería como profesión debe comenzar a reflexionar sobre nuevas formas de producir haberes que vayan más allá de lo lineal, de lo cartesiano; enfermería, como ciencia humana, debe poner énfasis en las relaciones humanas y comprender la relación del hombre con su ambiente, y cómo en un momento determinado, se puede ver afectada su salud.

Víctor F. (1995), constató que los que murieron en los campos de concentración no fueron precisamente los débiles y que tampoco los fuertes fueron los que sobrevivieron, los que pudieron seguir vivos fueron aquellos que encontraron un sentido al sufrimiento y a sus vidas. El enseña “Haber sido es una forma de ser”. Lo que significa que cada ser humano merece todo el respeto por ser persona individual con una experiencia vital única. Cada uno de nuestros pacientes son únicos.

Y así debemos de tratarlos. Para eliminarles el miedo de que su vida pierda todo significado debemos recurrir a la virtud de la esperanza. Porque mientras la haya el paciente podrá, seguir teniendo un objetivo, pero debemos también motivar la voluntad del enfermo: si mantenemos viva su voluntad y esperanza, seguirá actuando su creatividad y su imaginación positiva y así estemos fortaleciendo su Yo. Voluntad y esperanza se manifiestan en nuestra capacidad de movernos y expresarnos.

A propósito de este miedo, Williams Z. (1900), enseña que una medida terapéutica importante es el sentido del humor. Ella dice:
"A menudo olvidamos que los moribundos también ha de tener risas y alegría en sus vidas"(Pág. 54)

Esto no como escape o fuga, sino como una manera fundamentalmente humana de relacionarse. La risa es un fenómeno típicamente humano. Por lo que toca al miedo a morir sin dignidad, un Tanatólogo lo va eliminando simplemente con su trato. Un buen Tanatólogo es el mejor medicamento para su enfermo, simplemente por el hecho de escucharlo, orientarlo, comprenderlo, apoyarlo, ayudarlo y estar con él, la presencia del Tanatólogo será la mejor terapia: su actitud humana será el arma fundamental junto con el profundo conocimiento profesional que en conciencia debe poseer.

Necesidades del moribundo

Necesidad de verse bien: el enfermo tiene diferentes necesidades. Una de ellas es la de verse bien: limpio, arreglada presentable. Es muy importante su sentido de dignidad. Es una necesidad de distinción, de seguir siendo dignamente la persona que siempre había sido. Es tan importante este aspecto que muchas veces le hacemos un daño a nuestro enfermo cuando lo obligamos a recibir visitas ya que él no se siente presentable. No confundir esta necesidad, con la negación a ser visitado por una gran depresión. Por otra parte, si deberás estamos ayudando a nuestro paciente de la manera como él lo necesita, a lo largo de todas sus etapas del proceso del morir, o en esa

entremezcla de emociones ya estudiadas, forzosamente se le ira quitando este miedo, porque sabrá con certeza que al morir lo hará con toda dignidad: es consciente de que si lo tratamos como persona y por lo mismo, sabe que todo seguirá siendo igual hasta el final.

Necesidad de la verdad: es necesario que siempre le digamos la verdad a nuestro enfermo. Es una condición indispensable. El requiere conocer toda la vereda sobre su estado. Generalmente nos da miedo decirla, pero recordemos que es por nuestra angustia, no por el bien del paciente. Cecil S. (1967), nos enseña que la verdad no está reñida con la esperanza y que siempre es más fácil combatir al enemigo cuando se le conoce que cuando se le ignora.

El moribundo vive un real anhelo de certidumbre: los últimos meses, días, momentos, de una persona deben vivirse con toda sinceridad y honestidad. Ciertamente que el diagnóstico, los cambios sufridos y los pronósticos, deberá hablarlos el médico tratante y no el Tanatólogo. Pero este tiene que estar presente en el momento en que se le diga la verdad al enfermo, para apoyarlo en sus muchas necesidades y dudas insatisfechas que empezara a manifestar. La verdad siempre haya que decirla, lo importante es saber que decir, a quien, para que, como, cuando y donde. Es cierta la frase evangélica: “La verdad os hará libres”.

Además el paciente “sabe” interiormente la verdad, pues ve que su condición no mejora, solo que necesita escucharlo de otra persona.

Williams Z. (1900), transcribe las palabras escritas de un estudiante moribundo que nos revelan las necesidades básicas de quienes están en esa etapa. Transcribo solo un extracto

“El paciente moribundo no es contemplado por los demás como una persona y por lo tanto, no puede comunicarse como tal... si realmente le importara, ¿perdería usted mucho de su profesionalismo si llorara conmigo, de persona a persona? Quizá

entonces no fuera tan duro morir...” Si. El moribundo seguirá siendo persona por mas moribundo que esté. (Pág. 1233).

Características de la terapia con moribundos

Es importante tener en cuenta ciertas características de la terapia con moribundos que la distinguen de la terapia con enfermos no terminales. Shneidman G. (1950), menciona estas:

“El focus en tanatología debe estar fuertemente fijo en el contenido afectivo emocional. Es lo más importante, ya que la realidad de la muerte reemplaza a la realidad ordinaria, los hechos duros, temibles están enfatizados, y por lo mismo, los sentimientos están estresados”. (Pág. 231).

Los mensajes del Enfermo Terminal se dan en dos planos: latente y manifiesto.

A los dos habrá que poner interés. Los dos son valiosos y muy significativos. Pero el énfasis debe estar en el manifiesto. El tanatologo debe concentrarse mayormente en esto último para lograr una mejor aceptación y empatía. No importa que se corra el riesgo de provocar una regresión y dependencia. Los mensajes latentes, como por ejemplo hacer los arreglos del funeral o disponer de los asuntos personales del Enfermo en Fase Terminal, pueden envolver los deseos del enfermo de continuar con el control, o manifestar sus deseos de inmortalidad, no necesitan generalmente hacerse explícitos.

Analizar y platicar sobre los significados inconscientes constituye el trabajo principal del psicoanálisis. Pero tratándose de enfermos Terminales, el mensaje consciente, percibido y comunicado por el paciente o dicho al enfermo, asume la más grande importancia. Simplemente por la falta de tiempo. No lo hay para trabajar en los escondidos y profundamente reprimidos mensajes inconscientes. No debemos ignorar las latentes implicaciones inconscientes, pero no hay que sacarlas a colación en el

tratamiento tanatológico, a menos que la interpretación sea esperada por el paciente como una ayuda inmediata.

Con respecto a los roles, el trabajo tanatológico presenta una especial y única situación de transferencia y contratransferencia. La igualdad convenida entre el enfermo y el tanatólogo, adquiere una característica singular en el trabajo con el moribundo, labor que es muy diferente a cualquier otra situación vital; el Tanatólogo, además de terapeuta, es también sobreviviente, preservador de la continuidad, mensajero y traductor de deseos no realizados todavía.

Por lo que puede surgir una transferencia negativa, nacida entre otras causas por la envidia al sobreviviente, que debe ser animada a una libre expresión. Es fundamental hacerlo. La transferencia positiva, en cambio, no necesita ser analizada, simplemente debe ser expresada y aceptada. En cuanto a la contra transferencia, esta debe ser cuidadosamente monitoreada. Si es negativa, lo mejor será que un tanatólogo se aparte, lo más que puede hacer en tal caso, es sugerir el nombre de otro Tanatólogo que haga el trabajo, presentarlo él personalmente. Si es positiva, recordemos que si es muy válido un acercamiento extraordinario dada la especial situación que se vive: desde la primera sesión terapéutica el paciente ya está muriendo.

Es permitido que el moribundo ame al tanatólogo y que este ame a su paciente. Hablamos de amor en un sentido pleno. Y esto no es posible en ningún otro encuentro psicoterapéutico. En el trabajo tanatológico sí, ya que el amor verdadero es lo que sostiene al enfermo en Fase Terminal siempre que esté en estado crítico. Normalmente, cuando se habla de la transferencia, se está refiriendo a un fenómeno primariamente inconsciente, cuya característica principal es la experiencia de sentimientos por una persona que no está presente, pero que es vista, o sentida, como si fuera alguien del pasado.

No olvidemos que el trabajo con Enfermos Terminales y mas con Enfermos en Fase Terminal tienen una doble carga: una intrapsíquica, que lleva al Tanatólogo a prepararse para su propia Muerte, y otra, interpersonal, que significa el prepararse a sí mismo y a los familiares del paciente a ser sobrevivientes. En algunos momentos y en algunos Enfermos Terminales, ciertas regresiones infantiles pueden ser buenas, incluso pueden ser la fuente del valor que necesita el enfermo o la familia. Estas regresiones incluyen por supuesto, la creencia infantil en la figura omnipotente del padre, del que espera total protección, incluso mágica.

Bases Legales

Principios Éticos aplicado en los derechos y cuidados del paciente en fase Terminal

Las Bases éticas que fundamentan la presente investigación se encuentran vertidas en el Código de Ética de Enfermería, en el cual se expresa:

Código de Ética de Enfermería. Federación de Colegio de Enfermeras de Venezuela. Caracas, Venezuela (1991). El Código Deontológico de Enfermería muestra la forma de conducción del personal de enfermería dentro de los valores de su profesión, siendo así, el establecimiento de los estándares deberán estar forzosamente establecidos bajo sus principios básicos.

- La responsabilidad fundamental del personal de enfermería tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y, fomentar la salud.

- El personal de enfermería debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional.

- El personal de enfermería no sólo tiene que estar bien preparada para ejercer sino que tiene que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponda.

- El personal de enfermería mantendrá reserva sobre la información personal que reciba. Deben respetarse las creencias religiosas del usuario.

- El personal de enfermería conoce no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional; recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico sólo en caso de urgencia e informa a éste lo más pronto posible.

- El personal de enfermería tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos.

- El personal de enfermería mantiene la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.

- El personal de enfermería tiene derecho a una remuneración justa y sólo acepta esa compensación según prevea el contrato real o implícito.

- El personal de enfermería no permite que su nombre sea utilizado para la publicidad de productos ni en relación con ninguna otra forma de publicidad personal.

- El personal de enfermería coopera y mantiene una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas de enfermería.

- El personal de enfermería en su vida privada mantiene una conducta irreprochable que acredite a su profesión.

- La conducta personal del personal de enfermería no debe descuidar conscientemente las normas de comportamiento aceptadas de la comunidad en que vive y trabaja.

- El personal de enfermería debe participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público local, estatal, nacional e internacional.

(Código de Ética 1991)

Según el código de ética (1991), nos dice que el personal de enfermería debe estar capacitado para asumir responsabilidades, mantener el respeto hacia la dignidad del paciente y su religión así mismo se deben cumplir las normas de la institución donde se labora igualmente el cumplimiento de las ordenes medicas y negación de procedimientos no Éticos, manteniendo un pago justo, no permitir la imagen de enfermería en publicidad de productos y se afianza el trabajo en equipo para el bien del usuario y comunidad.

Leyes y Normativas Internacionales (2000)

La atención de enfermería se extiende a todas las edades, desde el nacimiento hasta la muerte y debe adecuarse constantemente a las necesidades de cada grupo. Aunque su papel tradicional ha sido y es el cuidado del enfermo recuperable, en los últimos años ha adquirido un protagonismo especial en la terminalidad a través de los cuidados paliativos. Cuando los enfermos ya no tienen posibilidad de curación, se les puede y se les debe cuidar, con objeto de procurarles el mayor confort posible y de ayudarles en el trayecto final de sus vidas.

La visión actual del enfermo terminal es que éste debe ser el principal protagonista de sus cuidados, por lo que nuestro trabajo profesional es y será procurar su mayor calidad de vida con respeto a su voluntad. Se intenta controlar no sólo el dolor y otros síntomas molestos, sino también el sufrimiento, para conseguir que estos

enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días de su vida y tengan una buena muerte.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Cuidados Paliativos se definen como “el cuidado activo total de los enfermos cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo” (Pág. 24).

Esto nos quiere decir que se deben brindar cuidados de calidad a los usuarios que no respondieron satisfactoriamente a un tratamiento curativo y que son denominados usuarios en etapa terminal.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en su introducción a la historia de los Cuidados Paliativos y del movimiento Hospice los define como “un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los usuarios y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal”. (Pág. 57).

Los cuidados paliativos procuran conseguir que los usuarios dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere. Estos cuidados, ni aceleran ni detienen el proceso de morir. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados sanitarios y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal y en un entorno que incluye el hospital o el hogar, la familia y los amigos.

Siguiendo las Recomendaciones de la SECPAL, los elementos fundamentales que definirán la enfermedad terminal, son los siguientes: Presencia de una enfermedad terminal avanzada, progresiva e incurable, falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, gran impacto emocional en usuario, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

Cuando el pronóstico de vida inferior a seis meses, la OMS declara que los objetivos de los Cuidados Paliativos son fundamentalmente:

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

Esta declaración intenta proporcionar a usuario y familia un apoyo total e integral. Los objetivos mencionados se sustentan en tres pilares fundamentales, es decir, la tríada básica de los Cuidados Paliativos es: Comunicación eficaz, Control de los síntomas y Apoyo a la familia.

A los efectos del presente trabajo se considera que la **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1.999)**

En el **Artículo 83** establece que...

La salud es un derecho social fundamental obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y notificados por la República. (p. 87).

La Ley Orgánica de Salud (1.998) propone en los siguientes artículos...

Artículo 25: Prevé la promoción y conservación de la salud como uno de los objetivos para el logro de la salud de las personas, la familia y de la

comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo, donde el Ministerio de Salud debe actuar para garantizar que se eleve el nivel socioeconómico y el bienestar de la población, con un estilo de vida sano que disminuya los riesgos de salud, a través de la creación y conservación del ambiente y la prevención. (p. 10).

Artículo 28. La atención debe ser integral para las personas, familias y comunidades, por medio de actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación que será prestada en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes. (p. 13).

El Código Deontológico de Ética de Enfermería (2.000)

Artículo 4 “El estudio constante de la enfermera (o) en el campo, debe mantener en todo momento el más alto Standard de cuidado de enfermería al paciente y en conducta profesional.”. (p. 4).

Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005)

Artículo 2 establece...

El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantenerla máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.

La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado de enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona. (p. 3).

Sistema de Variable

-Variable

Protocolo de enfermería dirigido a pacientes en fase Terminal.

- Definición Conceptual

Según Sorrentino, D. Y G,B. (2002), Los cuidados a pacientes en fase terminal, comprenden la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales para conseguir la comodidad física y psicológica de la persona, que le permita morir con paz y dignidad. (p. 405)

- Definición Operacional

Son los cuidados de las necesidades fisiológicas, emocionales y espirituales haciendo énfasis en el alivio del dolor y la comodidad del paciente ya que el objetivo central es mejorar la calidad de vida del moribundo mediante la creación de un protocolo.

Operacionalización de la Variable

Variable: Protocolo de enfermería dirigido a pacientes en fase Terminal.

Definición Operacional: se centra en los cuidados de las necesidades fisiológicas, emocionales y espirituales haciendo énfasis en el alivio del dolor y la comodidad del paciente ya que el objetivo central es mejorar la calidad de vida del moribundo.

DIMENSIÓN	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMES
<p>Guía de acciones centrados en el apoyo y atención de la persona en fase terminal y la familia, con el objetivo de proporcionar una muerte apacible y digna, haciendo énfasis en la satisfacción de las necesidades fisiológicas, el apoyo espiritual y el apoyo familiar fundamentado en los principios.</p>	<p>Necesidades fisiológicas: son los cuidados orientados al mantenimiento y conservación de las funciones básicas humanas en las enfermedades terminales con lentitud de los procesos corporales.</p> <p>Necesidad Emocional: es un deseo que cuando es satisfecho proporciona sentimientos de felicidad y plenitud extremos. Si este deseo no es satisfecho, puede generar infelicidad y frustración en el paciente.</p> <p>Necesidad Espiritual: se refiere a la identificación del enfermo terminal con una fe o creencia religiosa específica que le rinde significado a su vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene Personal. • Movilidad Física. • Eliminación. • Nutrición. • Comunicación. • Comprensión • Afecto. • Respeto. • Asistencia religiosa • Dignidad. • Justicia. 	<p>1 – 2 – 3 – 4 5- 6 – 7 – 8- 9- 10 11- 12 - 13- 14 15</p> <p>16-17 18- 19 20</p> <p>24- 25 26-27</p> <p>29- 30</p>

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Antropología: del griego átropos (hombre, ser humano) y logos conocimiento, estudio; conocimiento del ser humano- es la ciencia social que estudia todas las dimensiones del ser humano de forma similar a la sociología, pero holísticamente.

Apoyo Espiritual: se refiere a la identificación del enfermo terminal con una fe o creencia religiosa específica que le rinde significado a su vida.

Apoyo Familiar: es la comunicación terapéutica que establece la enfermera con los familiares de los pacientes terminales con el propósito de promover la expresión de los sentimientos.

Autonomía: Capacidad de querer valerse por sí mismo.

Bioética: es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud a la luz de los valores y principios morales, adquiere cada vez mayor trascendencia para orientarnos hacia un mejor porvenir en la convivencia de la humanidad y constantemente nos impone reflexiones sobre el respeto a la vida, a la naturaleza, a las personas y sus valores en cuanto a dignidad, libertad y tolerancia.

Calidad de vida: es el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura y las escalas de valores.

Cuidados: satisfacer todas las demandas de la salud de los individuos , cubrir todas sus necesidades a lo largo de su vida , y considerar al hombre y a la mujer como seres holísticos y complejos .

Cuidados de Enfermería: es el eje de una atención , estos deberán de ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada , como el Proceso de Atención de Enfermería . Es utilizar cada día más los planes de cuidados individuales y ayudar a cada persona de manera diferente , porque no somos iguales y cada uno tiene sus necesidades de atención .

Cuidados Paliativos: consiste en disminuir el sufrimiento del enfermo y su familia. Mejorar la calidad de vida del enfermo y la familia. Fomentar la autonomía del enfermo. Potenciar la participación activa de la familia haciéndola sentir útil y dándole recursos para hacer frente y controlar situaciones difíciles que pueden presentarse. Ayudar a los familiares a elaborar su duelo antes y después del fallecimiento del ser querido. Enfermería debe de estar ante todo con el enfermo, ayudarlo en la batalla contra la enfermedad y con el sano para promocionar su salud.

Eficaz: se refiere al logro de los objetivos en los tiempos establecidos.

Ética: rama de la filosofía que estudia los fundamentos de lo que se considera bueno, debido o moralmente correcto. También puede definirse como el saber acerca de una adecuada gestión de la libertad.

Factibilidad: es el curso de acción que puede ser llevado a cabo con las fuerzas y apoyos disponibles, frente a alguna oposición que puede resolverse razonablemente.

Familia: es una agrupación social básica unida por lazos de parentesco de seres humanos, quienes le consideran la institución más básica y de amor.

Función Asistencial: es la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de los procesos patológicos.

Holístico: se puede definir como un tratamiento a una sola cosa de forma íntegra, tema que implica todas las partes explicitadas o latentes con sus relaciones, las obvias y las invisibles en torno a solo esa cosa, objeto y en este caso ser humano, persona o paciente.

Interacción: es la acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más grupos, personas u otros agentes.

Moral: ciencia cuyo objeto está, a partir de un sistema de referencia ético, define un conjunto de valores y acciones relativas al bien, al mal y al deber ser. Sistema que permite transcribir, a ir de un referente, la complejidad del mundo en acciones concretas que deben realizarse o proscribir.

Método Técnico: son aquellos que se ejercitan a nivel físico y directo al paciente, como por ejemplo alivio del dolor, cuantificar líquidos ingeridos y eliminados etc.

Moribundo: persona y en este caso, paciente en etapa en la cual va a morir.

Muerte: La muerte es un proceso biológico y una experiencia psicológica y social que ocurre en un contexto cultural.

Necesidades fisiológicas: son los cuidados orientados al mantenimiento y conservación de las funciones básicas humanas en las enfermedades terminales con lentitud de los procesos corporales.

Paciente: persona que goza de servicios hospitalarios dentro de este entorno o clínica.

Paciente en Etapa Terminal: toda persona que tiene pleno conocimiento de padecer una enfermedad incurable y que por lo tanto será la causa más probable de su muerte. Es claro que el tiempo entre ese diagnóstico y el momento de la muerte será muy variable y dependiente de muchas situaciones totalmente individuales.

Principios Bioéticos: son decisiones generales que facilitan la toma de decisiones cuando entran en conflicto durante la presentación de cuidados a pacientes en fase terminal.

Protocolo: es la descripción técnica de una estándar, incluyendo las reglas de diseño y funcionamiento de algún sistema.

Protocolo de Enfermería: es la descripción técnica de una estándar, incluyendo las reglas de diseño y funcionamiento de algún sistema, en este caso el de enfermería en pacientes en fase terminal.

Tanatólogo: es aquella persona especialista en medicina que posee una disciplina científica y que proporciona ayuda al enfermo en estado terminal y a sus familiares. Otros prefieren llamarla especialidad, porque no todo médico puede ser tanatólogo. El tanatólogo es el especialista en enfermos terminales y su misión es ayudarlos a tener una muerte adecuada.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Dentro del que hacer investigativo el Marco Metodológico, de acuerdo con la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (2005), presenta los aspectos concernientes al Diseño de la Investigación, Definición de Variables e Indicadores, Población y Muestra, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Validez y Confiabilidad y Análisis de Resultados.

Diseño de Investigación

El diseño asumido para la presente investigación es un Proyecto Factible, sustentado en una investigación de Campo.

El Proyecto Factible es definido por el Manual de la Universidad Pedagógica Experimental (UPEL) (2005), como aquel que consiste en “la elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos, o necesidades organizacionales o de grupos sociales...” (Pág.16).

Esta definición justifica la escogencia de esta modalidad al formular la propuesta del diseño de un Protocolo de Enfermería para la unificación de criterios en la atención Protocolo de Enfermería dirigido a pacientes en fase Terminal en la Unidad Clínica de Medicina General del Hospital “Dr. José María Vargas de Caracas”.

En cuanto a la investigación de Campo, la fuente citada la define como:

Se entiende por Investigación de Campo, el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito, bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y afectos o predecir su ocurrencia (...) los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad (...) se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios (Pág. 14).

Tipo de Investigación

Esta investigación es de **campo, de carácter descriptivo y prospectivo**. Según la fuente consultada, se entiende por investigación de campo, el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en el desarrollo. En cuanto al carácter Descriptivo, este se define según Tamayo, M. (2001) “a aquellos estudios que trabajan sobre las realidades de un hecho, y su característica es la de presentarnos una interpretación correcta.” (Pág. 54).

La presente investigación se ubica dentro del tipo Descriptivo y prospectivo al precisar las necesidades del personal de enfermería diseñado como Protocolo de Enfermería para cuidados a pacientes en fase Terminal en la Unidad de cuidados intensivos del Hospital “Dr. José María Vargas de Caracas”.

Población

La población es el conjunto de todos los individuos bajo los que se desea estudiar el fenómeno y sobre la cual se pretende generalizar los resultados, de acuerdo con Tamayo, M. (2001):

“La población es la totalidad del fenómeno a estudiar, personas o elementos cuya situación se está investigando” (Pág. 165).

En virtud de la definiciones anteriores, la población de la presente investigación es de: veinte y seis (26) personas entre los cuales hay: Licenciados Coordinadores del Servicio, Enfermeras (os) I de los cuáles estos comprenden el turno matutino, diurno y nocturno que a su vez son rotados a todas estas áreas dentro del servicio de emergencia.

Muestra

La Muestra es definida por Pérez F. (2002), como:

“El conjunto finito o infinito de unidades de análisis, individuos, objetos o elementos que se someten a estudio; pertenecen a la investigación y son la base fundamental para obtener la información.” (Pág. 65).

La muestra de esta investigación, comprende las mismas veinte y seis (26) personas, parte del personal que labora con los pacientes en fase terminal de la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Dr. José María Vargas de Caracas.

Métodos de Recolección de Datos

Tamayo, M. (2001), refiere que “la recolección de datos depende del tipo de investigación y del problema a investigar y puede hacerse desde la simple ficha bibliográfica, observación, entrevista, cuestionarios o encuestas y aún mediante la ejecución de investigaciones para este fin”. (Pág. 120)

En la presente investigación se realizó una guía de observación para ser aplicada a las enfermeras que conformaron la muestra y dos cuestionarios, uno para ser aplicado a la gerencia de enfermería y uno con el objetivo de medir la factibilidad en un instrumento mediante preguntas abiertas y cerradas.

A su vez el mismo (ob.cit), define la guía de observación como:

Un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. El contenido de las preguntas de un cuestionario puede ser tan variado como los aspectos que se midan a través de este y básicamente, podemos hablar de dos tipos de preguntas la primera “cerrada” y “abierta”. Las preguntas “cerradas” contienen categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas. Es decir, se presentan a los sujetos las posibilidades de respuestas y ellos deben circunscribirse a éstas. **Las preguntas “abiertas” pueden ser dicotómicas (dos alternativas de respuestas) o “incluir varias alternativas de respuestas” (Pág. 310).**

Las investigadoras se dirigieron al Hospital Dr. José María Vargas de Caracas cuatro veces aproximadamente con un intervalo (06) meses.

Validez

La investigación, de acuerdo con Ary, J. (2002):
“siempre está basada en la medición, es por ello que todo instrumento de medición ha de reunir dos características fundamentales: validez y confiabilidad (...) La validez es el grado en que una prueba mide aquello que se desea y se limita a la situación y el objetivo que se persigue del instrumento”. (Pág.203).

Este trabajo ha sido validado por un metodólogos, y dos licenciados en enfermería, a su vez ha sido orientado por los mismos y se utilizara para la aplicación del mismo.

Confiabilidad

Los principios de la validez y la fiabilidad (confiabilidad) son pilares fundamentales del método científico. Juntos, ellos son el núcleo fundamental de lo que es aceptado como prueba científica. Siguiendo unos pocos principios básicos, cualquier diseño de investigación se enfrenta a un riguroso interrogatorio y el escepticismo, es por ello que a lo largo de la investigación trabajamos con una guía de observación de 30 items.

La idea detrás de la fiabilidad (confiabilidad) es importante porque los resultados deben ser más de una simple valor encontrado y tienen que ser intrínsecamente repetible, lo cual es medido a través de la confiabilidad. Otros investigadores deben ser capaces de realizar exactamente el mismo experimento, en las mismas condiciones y generar los mismos resultados. De esta forma se reforzará los resultados y garantizará que la comunidad científica en general acepte la hipótesis.

Prueba piloto

El cuestionario está considerado por la metodología cuantitativa como el instrumento de mayor uso en la recolección de datos, sobre todo porque se integra por un conjunto de preguntas relacionadas con una o más variables a medir. Para fines de este estudio el cuestionario se utilizó como un instrumento exploratorio que nos permitiera acercarnos al tema de investigación.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentan los datos obtenidos de la aplicación del instrumento de recolección de datos a los profesionales de enfermería que cumplen funciones en la Unidad de cuidados intensivos del “Hospital Dr. José María Vargas” de Caracas – Caracas, y que conformaron el grupo de estudio. Dicha información ha sido presentada en cuadros diseñados para tal fin, los cuáles se acompañan con su respectivo análisis, el cuál ha sido elaborado con base en el marco teórico referencial que sustenta la variable de estudio. En el presente capítulo se presentan los resultados alcanzados en la investigación mediante la aplicación del cuestionario a la muestra objeto de estudio, además se analizaron dichos resultados tanto cualitativa como cuantitativamente.

Tabulación y Análisis de datos

A continuación se presentan los resultados en tablas contentivas de la frecuencia absoluta y porcentaje de las respuestas positivas y negativas obtenidas de la muestra de estudio. Se aplicó una estadística descriptiva porcentual, multiplicando la frecuencia de respuestas positivas y luego se expresó en su correspondiente porcentaje. Los ítems fueron agrupados para su presentación y posterior análisis.

Partiendo de los resultados tabulados, se analizaron estos desde dos perspectivas: (A) cuantitativa y (B) cualitativa. En la primera se trabajó el aspecto numérico derivado de las frecuencias y porcentajes, presentados en gráficos de barras, en relación con la población considerada. En la segunda se hizo mayor énfasis en el análisis cualitativo, determinando la incidencia sobre la temática abordada

CUADRO N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDADES FISIOLÓGICAS
HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS DE CARACAS”**

Nº	ITEMES	ALTERNATIVAS			
		SI		NO	
		F	(%)	F	(%)
1	Realiza baño en cama	8	31	18	69
2	Realiza aseo bucal	10	40	16	60
3	Realiza cambios de ropa de cama	12	47	14	50
4	Aplica lociones para hidratar la piel cama	8	31	18	69
5	Aplica masajes en la espalda	4	16	22	84
6	Coloca en posición de Fowler al paciente si está consciente	10	39	16	60
7	Coloca al paciente en posición Decúbito Lateral si está inconsciente	7	27	19	73
8	Aplica oxígeno según indicaciones médicas a pacientes con hipoxia	24	93	2	7
9	Practica cambios de posición al paciente	10	39	16	61
10	Valora en el paciente, los sitios de mayor riesgo para la aparición de úlceras por presión	8	31	18	69
11	Aplica masajes para prevenir úlceras por presión	7	27	19	73
12	Realiza cuidados de la piel con respecto a la incontinencia urinaria o fecal	11	43	15	57
13	Coloca debajo del paciente con incontinencia, protectores o centros descartables	26	100	0	0
14	Realiza cambio de centros descartables tan frecuente como sea necesario	10	39	16	61
15	Administra la dieta previa prescripción medica	26	100	0	0

*** PORCENTAJE EN BASE A VEINTE Y SEIS (26) ENFERMERAS (OS)**

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

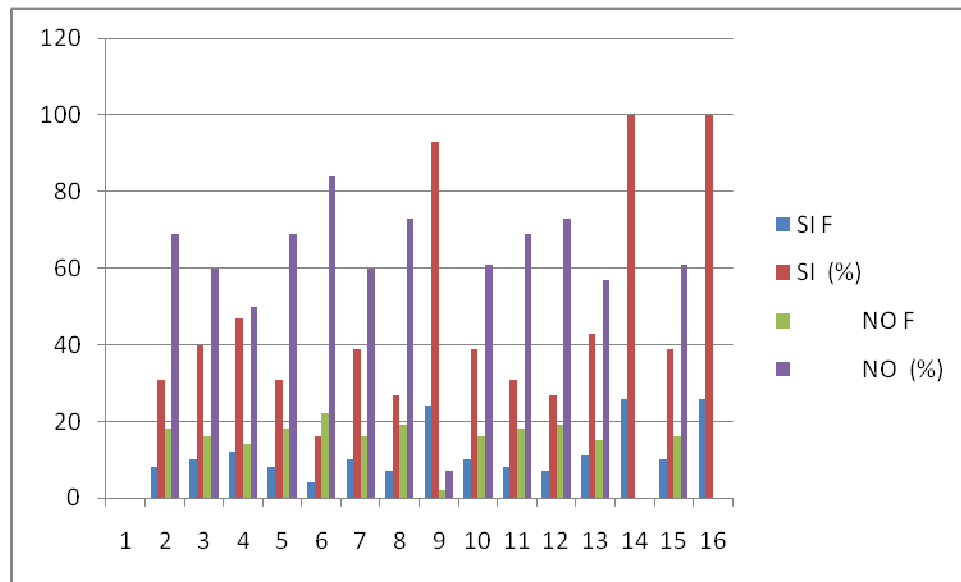
Como podemos observar en el cuadro N° 1, de acuerdo a lo que se encuentra expresado en el mencionado cuadro de los 15 ítemes que conforman el indicador de necesidades fisiológicas, el mayor porcentaje (%) se ubico en la categoría NO, con una frecuencia de 50. 86 % respuestas en cada observación y un 46.86 (%) en la categoría SI. Es significativo que siempre la categoría negativa siempre obtenga el mayor número de

respuestas cuando la enfermera debe establecer una base de datos relativos a las necesidades percibidas, problemas de comodidad y respuestas humanas al paciente.

Los datos arrojados, demuestran la casi total ausencia de la valoración de las necesidades fisiológicas por parte de la enfermera. Cabe agregar lo que señalan Iyer, P. Taptich, B. Y Bernocchi, D (1995), cuando afirman que la **“valoración es la primera fase del proceso de enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionados con el paciente” (Pág. 13)**. Dignifica entonces que esta fase ofrece una base sólida que favorece la prestación de cuidados individualizados de calidad. Es necesaria una valoración exacta y completa para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas.

GRÁFICOS N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDADES FISIOLÓGICAS



ASPECTOS CONSIDERADOS AL TOTAL DE PERSONAL

* FUENTE : CUADRO N° 1

CUADRO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDAD EMOCIONAL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS DE CARACAS”

Nº	ITEMES	ALTERNATIVAS			
		SI		NO	
		F	(%)	F	(%)
16	Cuando se comunica con el paciente le habla con claridad	26	100	0	0
17	Utiliza el sentido del tacto cuando se comunica con el paciente	1	4	25	96
18	Propicia la comunicación para ayudar a que el paciente articule sus necesidades religiosas	1	4	25	96
19	Permite que el paciente mantenga en su cubículo o habitación imágenes representativas de la religión que profesa	0	0	26	100
20	Promueve el acceso a personas que puedan proporcionar la atención espiritual al paciente	0	0	26	100
21	Previene los ruidos molestos en el cubículo del paciente	26	100	0	0
22	Proporciona un estado de privacidad para preservar el pudor del paciente	26	100	0	0
23	Respeto las decisiones que toma el paciente ante los cuidados prestados.	26	100	0	0

* PORCENTAJE EN BASE A VEINTE Y SEIS (26) ENFERMERAS (OS)

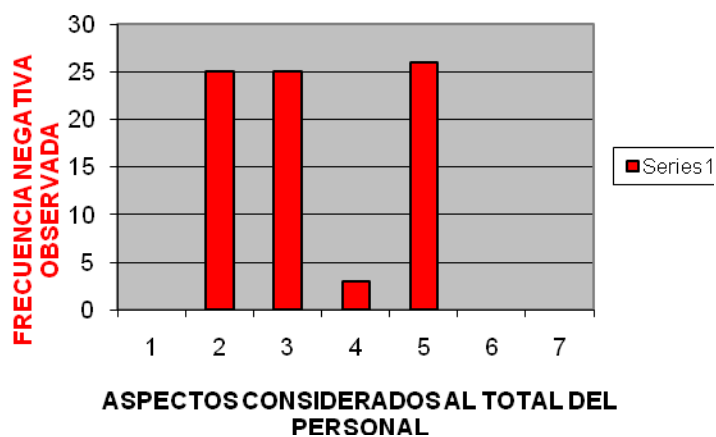
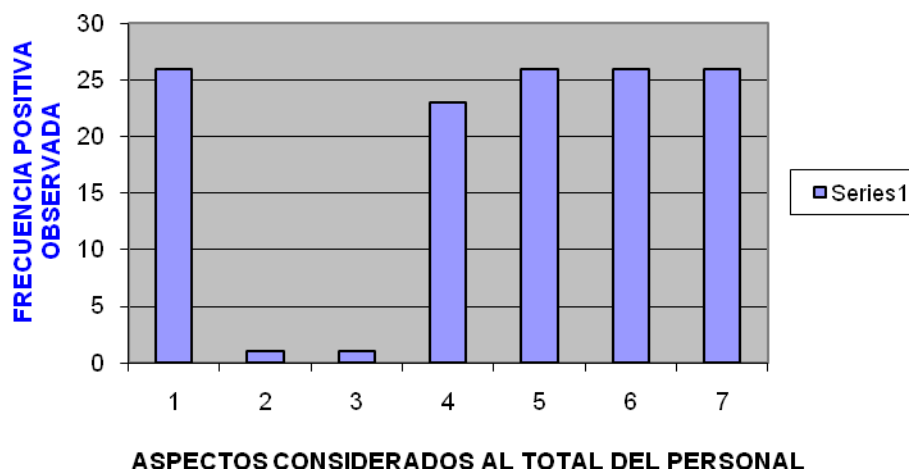
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

De acuerdo al cuadro N° 2, los profesionales de enfermería dieron respuesta o se pudo observar frecuentemente haciendo referencia a conocer como tomar decisiones cuando entran en conflicto durante los cuidados a pacientes en fase terminal. Un 51 % SI se aplica, y un 49 % que NO, en la mayoría del personal se constato que tratan de atender a este tipo de pacientes con todos los medios posibles ya que en este ente hospitalario no posee los suficientes insumos y sin embargo se trata de proporcionar en lo mayor posible los cuidados óptimos y tomando en cuenta la parte emocional del paciente.

Lamentablemente se evidencia que negativamente no se proporciona al paciente cuidados orientados a conseguir una mejor o cómoda calidad de vida, quizás por propia convicción de que son pacientes que son terminales y solo se cumple con la estricta labor de administrar analgésicos y entre otros, dejando aparte la parte psicológica y emocional de estos. Estos resultados son sumamente alarmantes y es aquí donde cabe destacar la factibilidad de la creación del protocolo para los cuidados generales del paciente en fase terminal.

GRÁFICOS N° 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDAD EMOCIONAL



* FUENTE : CUADRO N° 2

CUADRO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDAD ESPIRITUAL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS DE CARACAS”

N°	ITEMES	ALTERNATIVAS			
		SI		NO	
		F	(%)	F	(%)
24	Apoya las prácticas religiosas que realiza el paciente	0	0	26	100
25	Promueve que se atiendan las necesidades espirituales del paciente	0	0	26	100
26	Propicia la comunicación para ayudar a que el paciente articule sus necesidades religiosas	1	4	25	96
27	Permite que el paciente mantenga en su cubículo o habitación imágenes representativas de la religión que profesa	0	0	26	100
28	Permite que el paciente exprese sus sentimientos	0	0	26	100
29	Promueve el acceso a personas que puedan proporcionar la atención espiritual del paciente	0	0	26	100
30	Aplica el principio de equidad cuando administra los cuidados a pacientes	26	100	0	0

* PORCENTAJE EN BASE A VEINTE Y SEIS (26) ENFERMERAS (OS)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

En el Cuadro N° 3, se evidencia que los resultados obtenidos en relación a las observaciones realizadas al personal en cuanto a el indicador de apoyo espiritual está representado en un 85.14 % que estos no aplican o no se da la suficiente importancia para con los factores religiosos de los pacientes en fase terminal, en cuanto al Si un 14.85 %, cuando esta es una de las que debería aplicarse mayormente por ser la parte psicológica de estos en su lecho de muerte. Se evidencia que los profesionales de enfermería no aplican sus principios éticos en la atención del individuo y se observó que mayormente nunca hacen referencia a la aplicación de principios éticos en la

atención de enfermería en la fase terminal y por lo tanto existe necesidad de un protocolo a seguir en estos casos. Entendiéndose, y aquí entra también los principios Éticos, un valor final o, deseable en sí mismo y no sólo como un medio para alcanzar un fin, Dugas, J. (2000).

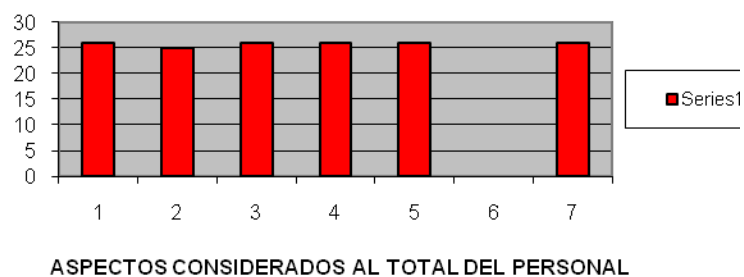
A su vez se observó que el personal de enfermería, nunca sabe qué hacer cuando el individuo posee una religión diferente a la suya, entendiéndose como religión forma de vida o creencia basada en una relación esencial de una persona con el universo, o con uno o varios dioses. En total en este factor, y como anteriormente se nombró el 73 % de los profesionales de enfermería nunca hace referencia al conocimiento en la atención de enfermería en la fase terminal de personas de distinta religión a la suya.

Los profesionales de enfermería respetan la religión del individuo y afirman que su equipo de trabajo muestra respeto en los criterios religioso de los pacientes terminales, esto solo cuando se encuentra el paciente presente. Entendiéndose como criterio religioso las distintas creencias que poseen un individuo o comunidad como lo son la religión católica, testigos de Jehová, Evangélicos, musulmanes entre otros. Nuevo testamento Corintio 7-13.

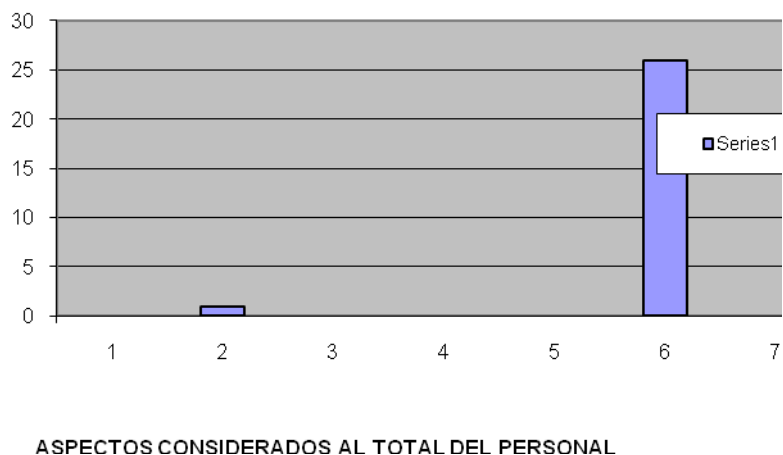
GRÁFICOS N° 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS, RESPECTO AL INDICADOR NECESIDAD ESPIRITUAL

FRECUENCIA NEGATIVA OBSERVADA



FRECUENCIA POSITIVA OBSERVADA



* FUENTE : CUADRO N° 3

CUADRO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS AUTORIDADES DE ENFERMERIA PARA DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE TERMINAL

		ALTERNATIVAS			
		SI		NO	
N°	ITEMS	F	(%)	F	(%)
1	La aplicación del protocolo de enfermería a pacientes en fase terminal en la unidad clínica de emergencia cuenta con su aprobación	26	100	0	0
2	Considera que el proyecto planteado es posible de aplicar	10	39	16	61
3	Considera que existe disponibilidad de recursos materiales para la aplicación de los mismos	0	0	26	100
4	Considera que existe disponibilidad de recursos humanos para la aplicación de los mismos	15	58	11	42
5	Considera que existe la posibilidad de capacitar al profesional de enfermería para aplicar el protocolo planteado	22	85	4	15

*** PORCENTAJE EN BASE A VEINTE Y SEIS (26) ENFERMERAS (OS)**

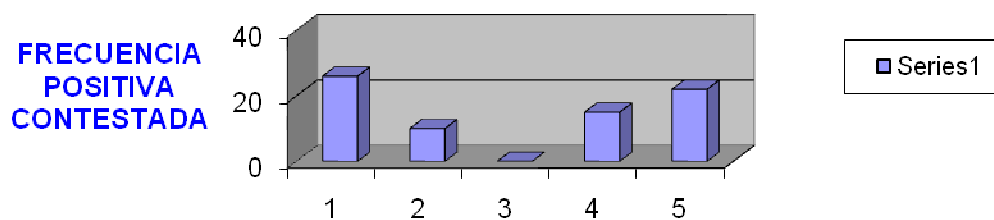
FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

En cuanto al cuadro N° 5 se evidencia que los resultados obtenidos arrojaron un 56.4 % para el SI de la aplicación del protocolo de enfermería a pacientes en fase terminal en la unidad de cuidados intensivos, cuenta con su aprobación la totalidad de la muestra encuestada más responden negativamente a la incógnita de que no es posible de aplicar un 43.6 %; la respuesta de esta pregunta es porque sencillamente conocemos que aunque se dictan ciertas normas para la atención de un paciente con cierta patología es nula por la falta de consciencia habida en el personal en general, es esto lo que se trata de modificar mediante no solo el protocolo sino también de modelos como charlas educativas y entre otros.

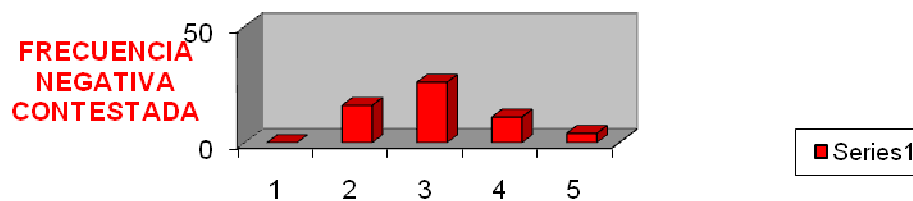
Así mismo se considera que existe disponibilidad de recursos materiales para capacitar al personal de enfermería y la aplicación de los mismos.

GRÁFICOS N° 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS AUTORIDADES DE ENFERMERIA PARA DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE TERMINAL



ASPECTOS CONSIDERADOS AL TOTAL DEL PERSONAL



ASPECTOS CONSIDERADOS AL TOTAL DEL PERSONAL

* FUENTE : CUADRO N° 4

CUADRO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJE DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE TERMINAL

		ALTERNATIVAS			
		SI		NO	
N°	ITEMES	F	(%)	F	(%)
1	Está de acuerdo en la aplicación de un protocolo de enfermería a pacientes en fase terminal en la unidad de emergencia del H. Vargas	26	100	0	0
2	Considera que los protocolos de enfermería se deban asumir como parte de sus actividades	26	100	0	0
3	Esta usted dispuesto a asistir a los talleres de capacitación para la aplicación de protocolos de enfermería en la unidad clínica	26	100	0	0
4	Está dispuesto a darle continuidad a la aplicación de los protocolos de enfermería en la unidad clínica	26	100	0	0

PORCENTAJE EN BASE A VEINTE Y SEIS (26) ENFERMERAS (OS)

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

En cuanto a este cuestionario, el cien por ciento de la muestra contesto afirmativamente a las interrogantes la aplicación de un protocolo de enfermería a pacientes en fase terminal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Dr. José María Vargas de Caracas, así como también considera que los protocolos de enfermería se deban asumir como parte de sus actividades y que están dispuestos a asistir a los talleres de capacitación para la aplicación de protocolos de enfermería en la unidad clínica y disponible para darle continuidad a la aplicación de los protocolos de enfermería en la unidad.

Es así como además del conocimiento y pericia técnica, el profesional de enfermería requiere del abordaje primordialmente humano del proceso, siendo capaz de entender la condición del paciente en esta fase a fin de estimularlo al fortalecimiento progresivo de su fuerza de voluntad, para que de este modo, se reinserte en su núcleo familiar, social y laboral.

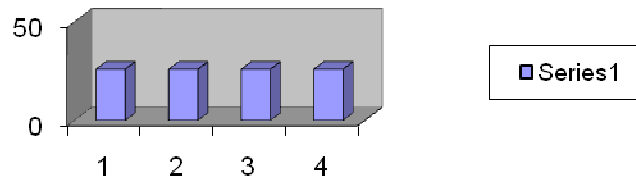
Henderson, V. (1972), refiere que:

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”. (Pág. 314)

GRÁFICO N° 5

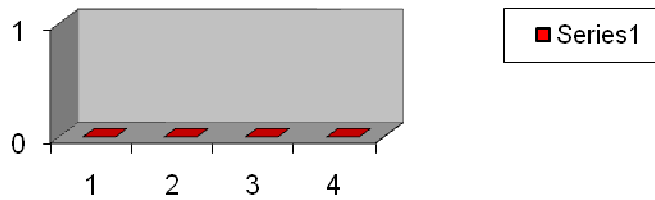
DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJE DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE TERMINAL

FRECUENCIA
POSITIVA
CONTESTADA



ASPECTOS CONSIDERADOS AL TOTAL DEL PERSONAL

FRECUENCIA
NEGATIVA
CONTESTADA



ASPECTOS CONSIDERADOS AL TOTAL DEL PERSONAL

* **FUENTE:** CUADRO N° 5

CAPITULO V

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE TERMINAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA VARGAS DE CARACAS



Las investigadoras

Key Claide

Teixeira Thania

Caracas, MARZO de 2010

PRESENTACION

Los protocolos que se presentan han sido diseñados con base en el diagnóstico de las necesidades de atención de enfermería que requieren los pacientes en fase Terminal en relación con su valoración y ayuda.

Las necesidades de los pacientes que se encuentran en fase Terminal se orientan a proporcionar algunos lineamientos que pudieran utilizarse para lograr estandarización de acciones en la atención a pacientes en fase Terminal.

Es importante considerar que el protocolo presentado, no constituye una prescripción para ser aplicada, sino un conjunto de sugerencias que el profesional de enfermería debe abordar, mediante la utilización de su criterio técnico con la finalidad de enriquecerse y demostrar la creatividad en el ejercicio de su práctica profesional.

Esperando que los protocolos presentados constituyan un aporte significativo al mejoramiento de la atención proporcionada a los pacientes en fase Terminal hospitalizados en la unidad clínica de cuidados intensivos del Hospital “Doctor José María Vargas” de Caracas.

JUSTIFICACION

Sin duda alguna, el paciente en fase Terminal por las características de la enfermedad que padece requiere la atención de enfermería que le permita recuperar su estado de salud a través de las diversas acciones realizadas por el profesional de enfermería, con la finalidad de constituirse un elemento de apoyo en el proceso de rehabilitación a través

de su participación en la valoración, el establecimiento de la relación de ayuda y la educación para la salud.

En este contexto se hace necesario proporcionar a los profesionales de enfermería, las orientaciones que le permitan sistematizar su participación en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente en fase Terminal a fin de mejorar su calidad de vida y al establecimiento de relaciones de carácter terapéutico entre el profesional de enfermería y el paciente en fase Terminal.

Esta situación le proporcionara la posibilidad de establecer un contacto de carácter más cercano y proporcionarle, la información requerida para incorporarlo de manera activa a un proceso de recuperación a través de una atención individualizada que conciba al paciente como una unidad biopsicosocial que requiere de una atención integral para la satisfacción de sus necesidades

PROPOSITOS

Proporcionar los profesionales de enfermería que cumplen funciones en la Unidad de cuidados intensivos, las orientaciones que le permitan sistematizar las acciones que debe tomar en consideración para el desarrollo de la valoración del paciente en fase Terminal.

OBJETIVOS

Formar a los profesionales de enfermería para la valoración del paciente en fase Terminal al momento de su ingreso a la unidad de cuidados intensivos del Hospital “Dr. José María Vargas” de Caracas. Proporcionar las acciones que debe desarrollar el profesional de enfermería para establecer la relación de ayuda al paciente en fase Terminal.

A continuación se presenta un esquema conceptual donde se resumen los aspectos estructurales y la finalidad del protocolo de enfermería presentado.



VALORACION DEL PACIENTE EN FASE TERMINAL

ASPECTO CONCEPTUAL DE LA ACTIVIDAD

La valoración se refiere al proceso organizado y sistemático de recolección de datos acerca del paciente en fase Terminal a través de la entrevista, la observación objetiva y el examen físico para reconocer el estado del paciente al momento de su ingreso.

DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

1. NECESIDADES FISIOLÓGICAS

Higiene personal.

- Proporcionar baño diario.
- Proporcionar el aseo bucal tres (TID) veces diariamente.
- Cambiar diariamente y cada vez que sea necesario la ropa de cama del paciente.
- Aplicar después de cada baño, lociones para hidratar la piel.
- Proporcionar masajes musculares al paciente.

Control del dolor.

- Valorar grado del dolor.

- Administrar analgésicos según orden de tratamiento médico.
- Valorar los efectos de los fármacos administrados previa prescripción médica.

Alivio de dificultades respiratorias.

- Mantener las vías respiratorias permeables.
- Colocar al paciente en posición de Fowler si está inconsciente.
- Aplicar oxígeno previa prescripción médica a pacientes con hipoxia.

Movilidad física.

- Movilizar al paciente diariamente y con intervalos de tres horas aproximadamente.
- Valorar los sitios de mayor riesgo de úlceras por presión y por medio de esto prevenir la aparición de las mismas.
- Colocar coderas, taloneras y almohadas en las prominencias óseas de mayor riesgo para prevenir úlceras por presión.

Eliminación.

- Realizar cuidados de la piel (aseo perineal y aplicar cremas antipañalitis e hidratantes) con respecto a la incontinencia urinaria o fecal.
- Colocar protectores o centros descartables a los pacientes con incontinencia.
- Realizar cambio de ropa de cama una vez diaria y cada vez que sea necesario.
- Cuantificar la ingesta de líquidos ingeridos y eliminados.
- Cuantificar medicamentos e hidrataciones administradas.
- Valorar las características del drenado.
- Cuantificar los distintos sistemas de drenado, si los posee.

Nutrición.

- Verificar la dieta según orden de tratamiento (enteral u oral).
- Proporcionar líquidos vía oral según su tolerancia.
- Reseñar en la grafica del paciente la vía de administración, así como especificar las cantidades y características del producto administrado.
- Administrar dieta prescrita.

Alivio de alteraciones sensitivas / perceptivas.

- Mantener un ambiente limpio ameno y terapéutico para la comodidad del paciente.
- Proporcionar recreación adecuada dependiendo del estado y patología del paciente.
- Prevenir los ruidos molestos en el cubículo o habitación del paciente.
- Mantener una iluminación tenue y acorde con los gustos del paciente.

2. APOYO ESPIRITUAL

Comunicación

- Establecer una interacción adecuada con el paciente.
- Promover que se atiendan las necesidades espirituales del paciente independientemente de su tipo de religión.
- Propiciar comunicación para que el paciente exprese sus necesidades religiosas.

Comprensión y afecto

- Permitir que el paciente mantenga en su habitación imágenes de la religión que profesa si las posee.
- Promover el sentimiento de esperanza en el paciente.
- Permitir la expresión de los sentimientos.
- Respetar las decisiones del paciente.

Asistencia religiosa

- Promover y respetar las necesidades espirituales en el paciente.
- Promover el acceso a personas que puedan proporcionar la atención espiritual en el paciente.
- Respetar la inclinación religiosa del paciente.

3. APOYO FAMILIAR

Empatía

- Permitir a los familiares que expresen sus sentimientos.

- Interactuar tanto con el paciente y sus familiares de una manera agradable y de confianza.

Enseñanza

- Explicar de una manera certera y concreta lo que está sucediendo y sucederá con el paciente.
- Valorar el grado de la información proporcionada tanto al paciente como a sus familiares.
- Motivar a los familiares a Participar en el cuidado físico del paciente.

Respeto

- Respetar las últimas decisiones del paciente.
- Permitir a los familiares y si así lo desean, traer al hospital objetos para ser utilizados para el rezo religioso.
- Indicar a los familiares del paciente acerca del área de espera apropiada en determinados momentos y procedimientos médicos.

4. PRINCIPIOS BIOÉTICOS.

Dignidad

- Brindar al paciente la atención necesaria con todos los medios disponibles, logrando así disminuir su sufrimiento.
- Proporcionar privacidad durante los procedimientos a realizar.
- Proporcionar al Paciente cuidados orientados a conseguir una Mejor y cómoda calidad de vida.

Justicia

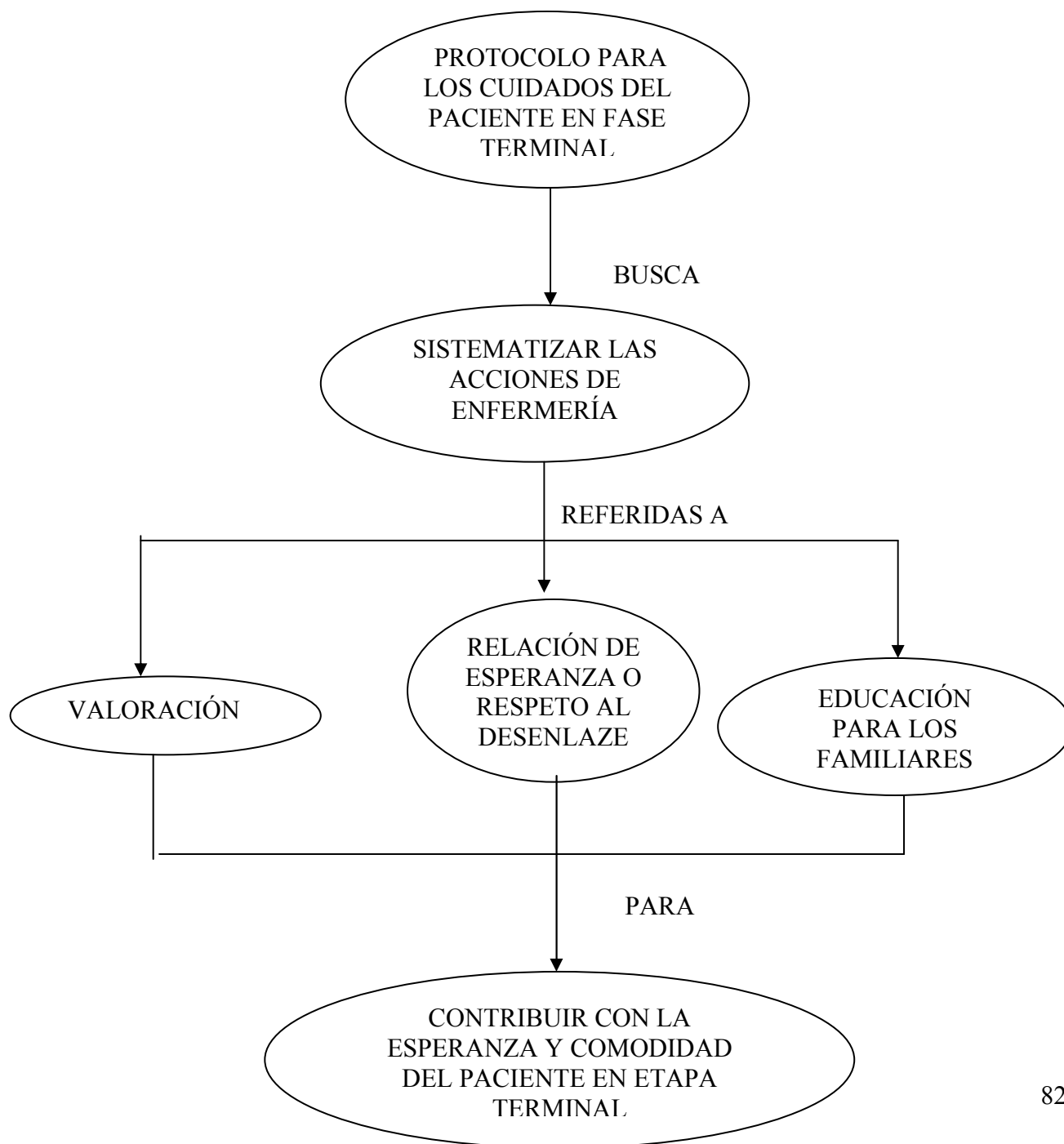
- Aplicar los principios de igualdad (equidad) en la administración de cuidados al paciente.
- Tomar en cuenta el valor moral y sentimental del paciente y sus familiares.

- Proporcionar apoyo psicológico mediante la adecuada interrelación enfermera – paciente.

Autonomía

- Respetar las decisiones que tome el Paciente ante los cuidados prestados.
- Respetar la decisión de no ser atendido por cualquier otro personal.
- Respetar la decisión de no querer recibir tratamiento médico.

**ESTRUCTURA DE EL PROTOCOLO PARA LOS CUIDADOS DEL PACIENTE
EN FASE TERMINAL (Key y Teixeira, 2010)**



CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación nos llevo a las siguientes conclusiones:

Según los resultados obtenidos por medio de la guía de observación se hizo necesario proponer un Protocolo de Enfermería para la aplicación de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos del hospital Vargas de Caracas, por los puntos que se expondrán a continuación:

Cuando se describen los cuidados Paliativos que aplica la Enfermería a individuo en el Hospital Dr. José María Vargas de Caracas, se encontraron que no seguían lineamientos ni protocolo. Pudo observarse de manera general que la participación de los profesionales de enfermería que cumplen funciones en la unidad de cuidados intensivos con pacientes en fase terminal es baja, en las acciones referidas a la valoración, relación de ayuda dirigida a la honorable muerte.

Esta situación es consecuencia de que los enfermos no son valorados desde su ingreso, situación que afecta de manera negativa a este tipo de pacientes la adecuación en los cuidados de enfermería que les son proporcionados, pues estos no parten de una base objetiva.

Durante el periodo de la investigación también se pudo Determinar que Protocolo de enfermería para la atención del individuo en etapa terminal en el Hospital Dr. José María Vargas de Caracas, es totalmente factible, ya que se puede realizar, desde el momento de la aprobación de las autoridades correspondientes.

En este sentido se hace necesario que el profesional de enfermería incremente su participación en relación con la entrevista inicial al enfermo y sus familiares, la observación objetiva a sus expresiones faciales, corporales y verbales, en efecto, existe la necesidad de propiciar la participación de los profesionales de enfermería en relación de ayuda psicológica, pues se constato que no utilizan de manera frecuente las herramientas que se encuentran a su alcance para el establecimiento de la misma, como son: la comunicación verbal y no verbal.

En virtud de esta situación los pacientes en fase terminal requieren una mayor atención en relación con la expresión de sus sentimientos y el desarrollo de las actividades que le permitan mediante la relación de ayuda con el profesional de enfermería fortalecer su confianza, autoestima y obtener la esperanza que requiere para superar determinada patología.

Por último se pudo Diseñar un Protocolo de Enfermería para la atención del individuo terminal en el Hospital “Dr. José María Vargas” de Caracas y que se recomendará su aplicación en la institución antes citada.

RECOMENDACIONES

El desarrollo de la investigación nos llevo a las siguientes recomendaciones

En cuanto a la institución sanitaria Hospital Dr. José María Vargas de Caracas, donde se realizo la investigación se sugiere hacer extensivo los resultados de la presente investigación para hacer utilizado como una contribución al desempeño de profesionales de enfermería y así optimar la atención al paciente en etapa terminal.

Al departamento de enfermería, poner en práctica el protocolo referentes a los cuidados del paciente en etapa terminal, con el fin de satisfacer las necesidades de estos individuos de una manera organizada, y siguiendo parámetros bien definidos atendiendo a necesidades individuales y de una manera integral.

Al personal de enfermería se sugiere la elaboración de instrumentos educativos a fin de mantener informado y documentado al personal de enfermería sobre actualizaciones o informaciones nuevas sobre el tema.

Todo el equipo de salud tiene responsabilidad en la atención al paciente terminal. Los profesionales de enfermería, por su parte, tiene su cuota de participación, y que la cumplan o no dependerá que esta atención sea digna en un ambiente de respeto y consideración con profesionales que se interesen en él de modo integral, hasta después de la muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreto, F. (2002), “Formación de la enfermera en la atención a personas en etapa terminal”. I Edición, Editorial independiente, Rusia, Reino Unido.

Balderas, M. (2002), “Administración de los servicios de enfermería”. II Edición, Editorial Mc. Grawhill / Interamericana.

Castillo, A. (2003) Ética en enfermería. III Edición, Editorial Manpos, Caracas, Venezuela.

Briceño y Colombo (1.999). La alimentación. México: Episteme

Canales, Alvarado y Pineda. (1.999). Metodología de la investigación (2a. ed.) O.P. la salud.

Cedeño, González y Noguera. (2.004). Cuidados de enfermería a pacientes con patología Mycobacterium Tuberculosis, tratados en el Hospital Dr. Rafael González Plaza de Barbela. Municipio Guanagua del Estado Carabobo. Trabajo de Grado no publicado,

Constitución Bolivariana de la República de Venezuela. (1.999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5453, marzo 3, 2000.

Dieterich, H. (1.999). Nueva guía para la investigación científica. México: Ciencia y tecnología.

Federación Venezolana de Enfermeras. (1999). Código Deontológico de Ética de Enfermería. (1a. ed.). México.

Ferrara (1.998). Enfermería comunitaria. Caracas: Mc Graw Hill.

Guía Nutricional. (2001). Editorial Kapeluz. Buenos Aires.

García, G., García, N. y Torrealba, M.(2000 “Actitud de los Profesionales de Enfermería hacia la Comunicación con el enfermo Mental Hospitalizado en la Unidad Clínica de Psiquiatría del Hospital de Caracas”. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina Escuela Experimental de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.

Garduño, A. (1999). Bioética., Editorial Mc Graw – Hill Interamericana. Caracas, Venezuela.

Labrador, B. Pérez, F y Pérez, M. (2.003). Factores condicionantes del proceso salud enfermedad presente en la comunidad que habita en el sector Las Adjuntas del Municipio Carirubana, Punto Fijo – Estado Falcón. Trabajo especial de grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.

Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería. (2005). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 38.263, Septiembre 1, 2005.

Ley Orgánica de Salud (1998). Gaceta Oficial de la República de Venezuela, N° 5.263. Caracas 1998.

Martínez, M. (1999). El Paradigma Emergente. Caracas: Trillas.

Maslow, A. (1968). Teorías de la motivación. México: Mac Graw Hill.

Imedio, E. (2005). Enfermería en cuidados Paliativos. II Edición, Editorial Médica Panamericana. Caracas, Venezuela.

Kozier, B., Erb, G. Berman, A. y Snider , S. (2001). Fundamentos de Enfermería. VI Edición, Editorial McGraw – Hill, Interamericana. Caracas, Venezuela.

www.google.com, www.protocoloenfermería.edu.gob

Kübler-Ross E. (1969). On Death and Dying, Collier Books. VI Edición, Editorial Medium, NY, EE.UU.

Morin E. (1980). El hombre y la muerte. II Edición, Editorial Kairós, Barcelona, España.

Nuevo Testamento, Corintios 7 – 13, Versión Reina Valera, (1602).

WWW.CUIDADOSDEENFERMERÍA.COM.VE Iyer, P. Taptich, B. Y Bernocchi, D (1995).

Reyes C. (2002), “Cuidados de enfermería al usuario terminal y Post - mortem a recluidos en la unidad trauma Shock del Centro Geriátrico “La Montonera.”

Storey P. Symptom control in advanced cancer, Seminars in Oncology. 21(6):748-53, 1994, dec.

Weissman A.D. Thanatology, Kaplan de., Baltimore, 1980.

Ziegler J. Los vivos y la muerte, Siglo XXI editores, México, 1976.

ANEXOS



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**INSTRUMENTO (GUÍA DE OBSERVACIÓN) PARA LA RECOLECCIÓN DE LA
INFORMACIÓN SOBRE EL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A
PACIENTES EN FASE TERMINAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL “ DOCTOR JOSÉ MARÍA VARGAS” DE
CARACAS - CARACAS**

Aut(as): KEY CLAIDE

THANIA TEIXEIRA

Tutor(a): Mgs. LEILA REVELLO

Caracas, MAYO de 2010



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**INSTRUMENTO (GUÍA DE OBSERVACIÓN) PARA LA RECOLECCIÓN DE LA
INFORMACIÓN SOBRE EL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A
PACIENTES EN FASE TERMINAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL “ DOCTOR JOSÉ MARÍA VARGAS” DE
CARACAS - CARACAS**

PRESENTACIÓN:

El instrumento que se muestra a continuación, se encuentra dirigido, a la recolección de datos e información relacionada con los aspectos que deben tomarse en consideración para la elaboración de los protocolos de Enfermería que se utilizarán para mejorar la atención proporcionada por estos profesionales a los Pacientes en Fase Terminal, hospitalizados en la Unidad de cuidados intensivos del Hospital José María Vargas de Caracas – Caracas.

Esta investigación forma parte del Trabajo Especial de Grado, realizado para optar al Título de Licenciada en Enfermería, otorgado por la UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA (UCV), razón por la cuál, se realizará la observación participativa en la Unidad Clínica.

Los datos obtenidos de la aplicación de este cuestionario, serán totalmente confidenciales y anónimos, del cuál solo se tomarán en cuenta los valores negativos observados para que de estos se cree la existencia del protocolo para pacientes en fase terminal y su uso estará circunscrito al desarrollo del presente estudio.

Autor(as): KEY CLAIDE

THANIA TEIXEIRA

Tutor(a): Mgs. LEILA REVELLO

Instrucciones generales

1. Observe detenidamente y con objetividad la situación a registrar.
2. Lea cuidadosamente las preguntas que se formulan antes de registrar.
3. Marque de manera objetiva las preguntas formuladas.
4. Observe en el tiempo necesario la situación a registrar.
5. Asegúrese de observar todas las preguntas que se indican en el instrumento.
6. Para cada pregunta marque con una “X” y en una sola casilla.

Nº	Aspectos a Considerar	SI	NO
Necesidades Fisiológicas			
La enfermera durante la aplicación de cuidados al Paciente en Fase Terminal:			
1.	Realiza baño en cama.	_____	_____
2.	Realiza aseo bucal.	_____	_____
3.	Realiza cambio de ropa de cama.	_____	_____
4.	Aplica lociones para hidratar la piel.	_____	_____
5.	Aplica masajes en la espalda.	_____	_____
6.	Coloca en posición de Fowler al Paciente si está consciente.	_____	_____
7.	Coloca al Paciente en posición Decúbito Lateral si está Inconsciente.	_____	_____
8.	Aplica oxígeno según indicaciones médicas a Pacientes con Hipoxia.	_____	_____
9.	Practica cambios de posición al Paciente.	_____	_____
10.	Valora en el Paciente, los sitios de mayor riesgo para la Aparición de úlceras por presión.	_____	_____
11.	Aplica masajes para prevenir úlceras por presión.	_____	_____
12.	Realiza cuidados de la piel con respecto a la incontinencia Urinaria o fecal	_____	_____
13.	Coloca debajo del paciente con incontinencia protectores O centros descartables	_____	_____
14.	realiza cambio de centro descartable tan frecuente como sea Necesario	_____	_____
15.	Administra la dieta previa prescripción médica	_____	_____

Necesidad Emocional

16. Cuando se comunica con el Paciente le habla con claridad. _____
17. Utiliza el sentido del tacto cuando se comunica con el Paciente. _____
18. Propicia la comunicación para ayudar a que el Paciente exprese sus sentimientos _____
19. Permite que el Paciente mantenga en su cubículo o habitación Imágenes representativas de la religión que profesa. _____
20. Promueve el acceso a personas que puedan proporcionar la Atención Espiritual al Paciente. _____
21. Previene los ruidos molestos en el cubículo del paciente _____
22. proporciona un estado de privacidad para preservar el Pudor del paciente _____
23. respeta las decisiones que toma el paciente ante los cuidados Prestados _____

Necesidad Espiritual

La enfermera durante la aplicación de cuidados al Paciente en Fase Terminal:

24. Apoya las prácticas religiosas que realiza el paciente. _____
25. Promueve que se atiendan las necesidades espirituales del Paciente. _____
26. Propicia la comunicación para ayudar a que el Paciente Articule sus necesidades religiosas. _____
27. Permite que el Paciente mantenga en su cubículo o habitación Imágenes representativas de la religión que profesa. _____
28. Permite que el Paciente exprese sus sentimientos. _____
29. Promueve el acceso a personas que puedan proporcionar la

Atención Espiritual al Paciente.

30. Aplica el principio de Equidad cuando administra los cuidados
A los Pacientes.

Objetivos de la Investigación

-Objetivo General

Proponer un Protocolo de Enfermería, para cuidados a pacientes en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital J.M. Vargas de Caracas – Caracas.

-Objetivos Específicos

Identificar los cuidados de Enfermería que se practican, a pacientes en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital José María Vargas de Caracas.

Medir la factibilidad de un Protocolo de Enfermería para cuidados a pacientes en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital José María Vargas de Caracas - Caracas.

Elaborar el Protocolo de Enfermería, para cuidados a pacientes en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital José María Vargas de Caracas - Caracas.



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS AUTORIDADES DE ENFERMERIA PARA DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE TERMINAL

El cuestionario que se presenta a continuación, tiene como propósito, obtener información para la elaborar un trabajo de investigación para el cumplimiento del requisito del trabajo de grado con la finalidad de optar al título de Licenciada en Enfermería.

El cuestionario tiene por objeto el estudio de determinar la factibilidad de la aplicación de un protocolo de enfermería para optimizar la atención al enfermo en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del hospital “ Dr. José María Vargas” Caracas

Los datos obtenidos por este cuestionario serán totalmente confidenciales y anónimos, por lo que le agradecemos sean consideradas y contestadas con la mayor sinceridad. Por su valiosa colaboración. Gracias

Las investigadoras

Key Claide

Teixeira Thania

INSTRUCCIONES

- Lea cuidadosamente y de manera objetiva cada pregunta.
- Tómese el tiempo que usted considere necesario para responder.
- Marque con una “x” la respuesta que usted considere SI (Si su respuesta es afirmativa) NO (Si su respuesta es negativa).
- Consulte cualquier duda con el entrevistador.
- No requiere su firma.

CUESTIONARIO

- 1) ¿La aplicación del protocolo de enfermería a pacientes en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos cuenta con su aprobación?

SI

NO

- 2) ¿Considera usted que el proyecto planteado es posible de aplicar?

SI

NO

- 3) ¿Considera usted que existe disponibilidad de recursos materiales para su aplicación?

SI

NO

- 4) ¿Considera usted que existe disponibilidad de recursos humanos para la aplicación de los mismos?

SI

NO

- 5) ¿Considera usted que existe la posibilidad de capacitar al profesional de enfermería para aplicar el protocolo planteado?

SI

NO



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA
DETERMINAR LA FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO
DIRIGIDO A PACIENTES EN FASE TERMINAL**

El cuestionario que se presenta a continuación, tiene como propósito, obtener información para elaborar un trabajo de investigación para el cumplimiento del requisito del trabajo especial de grado especial con la finalidad de optar al título de licenciada en enfermería.

El cuestionario tiene por objeto de estudio determinar la factibilidad de aplicación del protocolo de enfermería para optimar la atención al enfermo en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del hospital “Dr. José María Vargas “Caracas.

Los datos obtenidos por este cuestionarios serán totalmente confidenciales y anónimos, por lo que se le agradece sean consideradas y contestadas con mayor sinceridad.

Por su valiosa colaboración. Gracias

Las investigadoras

Key Claide

Teixeira Thania

INSTRUCCIONES

- Lea cuidadosamente y de manera objetiva cada pregunta.
- Tómese el tiempo que usted considere necesario para responder.
- Marque con una “x” la respuesta que usted considere SI (Si su respuesta es afirmativa) NO (Si su respuesta es negativa).
- Consulte cualquier duda con el entrevistador.
- No requiere su firma.

CUESTIONARIO

¿Está usted de acuerdo en la aplicación de protocolo de enfermería en pacientes en fase Terminal en la unidad de cuidados intensivos del Hospital “Doctor José María Vargas” Caracas?

SI

NO

¿Considera usted que los protocolos de enfermería se deban asumir como parte de sus actividades?

SI

NO

¿Está usted dispuesto a asistir a los talleres de capacitación para la aplicación de protocolo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos?

SI

NO

¿Está usted dispuesto a darle continuidad a la aplicación de los protocolos de enfermería en la unidad de cuidados intensivos?

SI

NO

INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

	CLARIDAD		CONGRUENCIA		REDACCIÓN		RELEVANCIA		MEDICIÓN	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										

25										
26										
27										
28										
29										
30										

CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, _____ en mi carácter de experto en _____, certifico que he leído y revisado el instrumento para las recolección de datos de la investigación presentada y que desarrollan las T.S.U de la República Bolivariana de Venezuela, para optar al Título de Licenciada en Enfermería, Teixeira Thania y Key Claide en su trabajo especial de grado, cuyo título tentativo es “Protocolo de Enfermería dirigidos a Pacientes en Fase Terminal”, los cuáles a mi criterio reúnen los requisitos de validez y aceptación.

En la Ciudad de Caracas, a los _____ días del mes de _____ de _____.

Nombre y Apellido

CI:

Firma
