

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE FORMACION PROFECIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL. HOSPITAL
REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA". AYACUCHO 2012**

Tesis para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

INVESTIGADORAS : Bach. MORALES SOLIS, Lizett Ghiovana.

Bach. PUENTE DEL PINO Lizeth.

AYACUCHO – PERÚ

2012



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL. HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA”. AYACUCHO 2012

Autoras:

Morales Solis, Lizett Ghiovana y Puente Del Pino, Lizeth.

RESUMEN

El paciente en estado terminal es la persona que se encuentra en agonía, ellos presentan muchas necesidades de tipo emocional, espiritual y física; el profesional de Enfermería tiene un papel fundamental para que la muerte sea más soportable, no solo para quien lo experimenta, sino también para sus afligidos familiares. El objetivo de la investigación, fue determinar el conocimiento sobre cuidados del profesional de enfermería en paciente en etapa terminal. Respecto a los materiales y métodos, el tipo de estudio es descriptivo – correlacional, de corte transversal; el área de estudio son los servicios internos (Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos) del Hospital Regional “Miguel Ángel Llerena”, la población comprende a todos los profesionales de enfermería de los servicios internos, para la recolección de datos se empleó un formato de encuesta estructurada. Los resultados del estudio son: del 100 % de los profesionales de enfermería encuestados el 85.1% tiene conocimiento desaprobado y sólo el 14.9% tiene conocimiento aprobado sobre los cuidados en pacientes en etapa terminal. En conclusión, existe relación de asociación entre el nivel de estudio del profesional de enfermería y el conocimiento sobre el Cuidado de Enfermería en pacientes en etapa terminal ($p < 0.05$).

Palabra clave: Paciente terminal, cuidados de enfermería en etapa terminal, tanatología.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**KNOWLEDGE ON PROFESSIONAL OF NURSING IN PATIENTS IN STAGE
RENAL CARE. REGIONAL HOSPITAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL
LLERENA". AYACUCHO 2012**

Autoras:

Morales Solis, Lizett Ghiovana y Puente Del Pino, Lizeth.

RESUMEN

ABSTRACT

The terminal patient is the person who is in agony, they present many type emotional, spiritual and physical needs; professional nursing has a vital role to ensure that death is more bearable, not only for those who experience, but also to their bereaved families. The objective of the research, was to determine the level of knowledge about the professional nursing in patients in terminal stage. With respect to the materials and methods, the type of study is descriptive - correlational study, cross-sectional; the study area are the internal services (medicine, surgery, Pediatrics, neonatology, emergency and intensive care unit) Regional Hospital "Miguel Angel Llerena", the population comprises all inmates services professionals in nursing, a structured survey format was used for the collection of data. The results of the study are: 100 % of the nursing professionals surveyed the 85.1% has deprecated knowledge level and only 14.9% have level knowledge adopted on care in patients in terminal stage. In conclusion, there is a relationship of association between the level of study of the nursing professional and the level of knowledge about caring for patients in terminal stage nursing ($p < 0.05$).

Keyword: terminal patient, nursing in terminal stage, tanatologia

Con eterna gratitud y amor a mi abuela y madre: Juana y Ruth, por su constante esfuerzo y apoyo incondicional durante toda mi vida, haciendo posible la culminación de mi carrera profesional.

A mi hermana Paola, mis sobrinos: Kevin, Clear, Melany, mis tíos: Cesar, Roció. Por darme fuerzas, apoyo, comprensión para llevar adelante mis estudios y seguir alcanzando mis metas.

A todas las personas que siempre estuvieron a mi lado apoyándome incondicionalmente y a esta ciudad maravillosa que me dio la oportunidad de avanzar en mi vida personal y profesional.

Lizett Morales Solis.

Mi eterna gratitud y profundo agradecimiento a Dios y a la Virgen María, quienes guiaron mi camino, me dieron fuerzas y ánimos para poder concluir mi carrera profesional, y me permitieron conocer a personas buenas con ética y con grandes conocimientos.

A dos seres mas importantes en mi vida, mis queridos padres, Hernan Puente y Elizabeth Del Pino quienes son mis dos grandes pilares en mi andar y dignos ejemplos a seguir.

Con todo cariño a mis dos hermanos Dayana y Kevin, que me apoyaron incondicionalmente en todo momento.

Lizeth Puente Del Pino.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Alma Mater, por permitimos lograr alcanzar nuestra profesión con sentido social y humano.

A la Facultad de Enfermería y a su plana docente, por guiarnos durante el transcurso de nuestra formación de Pre Grado.

A los Profesionales de Enfermería del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena". Ayacucho, que facilitaron la información pertinente para el presente estudio.

Al asesor de nuestra investigación Lic. Edward Barboza Palomino (UNSCH) por guiarnos en todo el proceso de la investigación.

A nuestros familiares y amigos que nos brindaron el apoyo necesario e incondicional en todo momento para concluir el trabajo.

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	09
CAPITULO I	
REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.1 ANTECEDENTES REFERENCIALES	15
2.2 BASE TEÓRICA	20
CAPITULO II	
MATERIALES Y METODOS	
3.1. Tipo de estudio	54
3.2. Diseño de investigación	54
3.3. Área de estudio	54
3.4. Población	54
3.5. Muestra	54
3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos	54
3.7. Recolección y procesamiento de datos	55
3.8. Plan de procesamiento y análisis	56
CAPITULO III	
RESULTADOS	57
CAPITULO IV	
DISCUSIÓN	66
CONCLUSIONES	79

RECOMENDACIONES	81
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	83
ANEXOS	87

INTRODUCCIÓN

El cuidado forma parte del ser humano desde sus orígenes; pero a diferencia de los animales, la persona adquiere en el transcurso del tiempo formas y expresiones de cuidar sofisticadamente. La esencia de la Enfermería es el cuidado humanizado; en pacientes en etapa terminal, significa la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad humanizado.⁽¹⁾

La atención al enfermo terminal y la aplicación de cuidados en el "proceso de morir", son uno de los aspectos más complicados y difíciles con los que se encuentran la familia y los profesionales de la salud, en específico los de enfermería por su atención más directa e individualizada con estos pacientes.⁽²⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la atención específica, activa e integral que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades.⁽²⁾

Los Cuidados en pacientes terminales tuvo su origen en los años 60, con los trabajos de Cicely Saunders y el movimiento de "hospicios" en el Reino Unido; ideas que fueron desarrolladas posteriormente en varios países. Si bien el tratamiento paliativo de síntomas ha existido desde la antigüedad, los cuidados paliativos multidisciplinarios, estructurados y organizados, tal y como hoy se conciben son bastantes recientes. Podríamos decir que el marco conceptual en que parece situar a los cuidados paliativos se aproxima mucho a las concepciones más avanzadas de lo que son los cuidados de enfermería. Estos se centran en la persona y no en su enfermedad; tienen en cuenta como vive la persona su situación de salud, cuál es su respuesta a la misma y se plantean como puede ayudar al individuo a afrontar sus vivencias de modo que alcance el máximo nivel de bienestar posible y siempre bajo la premisa de una atención integral. La atención específica activa e integral consiste en cuidar al enfermo y a su familia. ⁽³⁾

La presente tesis fue desarrollada para evaluar el conocimiento sobre cuidados del profesional de enfermería en pacientes en etapa terminal; mediante el cual se puede identificar los factores que intervienen en el conocimiento sobre los cuidados de enfermería en pacientes en etapa terminal. Si este desconocimiento continúa no se podrá brindar un cuidado específico, activo e integral que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.

En el estudio se valoran factores como la edad, género, nivel de estudios, servicios que labora, tiempo de labor, experiencias personales, condición

laboral, capacitación sobre cuidados de enfermería en pacientes en etapa terminal en relación al conocimiento sobre cuidados de enfermería en pacientes en etapa terminal, por ello se utilizó el cuestionario de evaluación de nivel de conocimiento, instrumento tomado del autor Pedro Manuel Navarro Ferrer ⁽²⁾. Con las condiciones del caso se planteó el problema de investigación: ¿Cuál es el conocimiento sobre cuidados del profesional de enfermería en pacientes en etapa terminal. Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena". Ayacucho 2012?

Los objetivos de estudio fueron:

Objetivos Generales: Determinar el conocimiento sobre cuidados del profesional de enfermería en paciente en etapa terminal del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho 2012

Objetivos Específicos:

- Identificar a los profesionales de enfermería de los servicios internos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho según edad, género, nivel de estudios, servicios que labora, tiempo de labor, experiencias personales, condición laboral, capacitación sobre cuidados de enfermería en pacientes en etapa terminal.
- Identificar el conocimiento sobre los cuidados del profesional de enfermería en pacientes en etapa terminal en los servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho.

- Relacionar el conocimiento sobre los cuidados en pacientes en etapa terminal con las características identificadas en los profesionales de enfermería de los servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho.

La hipótesis propuesta, fue: La edad, género, nivel de estudios, servicio, tiempo de labor, experiencias personales, condición laboral y capacitación se relacionan con el conocimiento sobre cuidados del profesional de enfermería en pacientes en etapa terminal. Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena". Ayacucho, 2012.

El diseño metodológico empleado fue: el tipo de estudio es cuantitativo no experimental, de diseño descriptivo - correlacional, de corte transversal. El área de estudio son los servicios internos del Hospital Regional "Miguel Ángel Llerena" de Ayacucho, la población comprende a todos los profesionales de enfermería de los servicios internos (Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos) del Hospital Regional de Ayacucho, usando un muestreo censal, abordando 74 profesionales de enfermería. La técnica a utilizar fue el cuestionario.

Con el propósito de garantizar la validez y confiabilidad del contenido del cuestionario se realizó una prueba piloto en ESSALUD de Ayacucho, donde se aplicó el cuestionario a 10 enfermeras de los servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría, Emergencia, quienes respondieron a los ítems propuestos

en el cuestionario, a partir de ello se mejoró el instrumento final, los profesionales en mención no participaron en el estudio. Seguidamente se remitió la carta de presentación del Decano de la Facultad de Enfermería al Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, solicitando permiso para aplicar el instrumento. Ya obtenido el permiso se procedió a realizar la búsqueda de los profesionales de enfermería en cada una de los servicios en estudio, donde se expuso los objetivos de la investigación, la naturaleza anónima del cuestionario, el carácter voluntario y solicitar su participación. La recolección de la información se llevó a cabo durante los meses de enero y febrero del 2012, para lo que se estableció una lista de las enfermeras como estrategia para garantizar la participación de todas las enfermeras en estudio. Las limitaciones que se presentaron antes de la aplicación del cuestionario, fue la demora del permiso solicitado al Hospital; al aplicar el cuestionario, en algunos casos fue necesario realizar más de una visita ya que a veces no contaban con tiempo y se les citaba para otra fecha u hora. Se estableció contacto con 74 profesionales, 4 profesionales no aceptaron participar en el estudio ya que tenían temor a ser evaluadas. Los datos obtenidos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS-15 y presentando en cuadros estadísticos de acuerdo a los objetivos propuestos, se utilizó la estadística descriptiva e inferencial para el análisis de los resultados.

En conclusión, existe relación de asociación entre el nivel de estudio y el conocimiento (aprobado y desaprobado) sobre el cuidado de enfermería a

los pacientes en etapa terminal ($p < 0.05$). La información obtenida es primordial para formular diversos temas que orienten a mejorar los conocimientos sobre los cuidados de enfermería en pacientes en etapa terminal.

El presente estudio de investigación fue estructurado de la siguiente manera: Introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados, discusiones, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I
REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1 ANTECEDENTES REFERENCIALES

Hecha la revisión bibliográfica respecto al problema se señalan los siguientes estudios internacionales como antecedentes:

León Y. (Venezuela - 2005), el estudio titulado "Nivel de conocimiento sobre cuidados y principios biéticos aplicados al paciente en etapa terminal en los estudiantes del III al VIII semestre de enfermería del decanato de medicina – UCLA". Planteándose entre otros los siguientes objetivos: 1.- Conocer la aplicación de cuidados de pacientes en etapa terminal en los estudiantes del III al VIII semestre de enfermería. Mediante un estudio descriptivo transversal, Se realizó un muestreo estratificado, integrado por 6 semestres las cuales quedaron representadas de la siguiente manera: Se escogieron 5 estudiantes por cada semestre de enfermería del III al VIII. Encontró entre otros los siguientes resultados: la atención que proporciona el estudiante de Enfermería es en 86,66 % de tipo: física y Psicosocial, mientras que en un 13.33 % proporciona atención física y espiritual. En 93.33 % los cuidados que proporciona el estudiante de enfermería al Paciente en Etapa Terminal incluye: confort, cumple tratamiento y da apoyo

al paciente y familiar, mientras que 3,33 % lo deja tranquilo y cumple tratamiento y el otro 3,33 % proporciona confort y cumple tratamiento. ⁽³⁾

Garrido, A. (México - 2009), en su estudio titulado "Nivel de conocimientos tanatológico en estudiantes de servicio social", planteándose el objetivo: Determinar el nivel de conocimiento tanatológico que tienen los estudiantes de Enfermería en servicio social. Metodológicamente la investigación se aborda desde la perspectiva de estudio exploratorio y transversal, con una muestra de 50 pasantes en Servicio Social. La técnica de recolección de datos fue la auto administración del instrumento conformado por 14 preguntas de opción múltiple. Encontró entre otros los siguientes resultados: obtenidos en el procesamiento de datos muestran que la mayoría de estudiantes son mujeres en una edad entre 20 y 24 años (70%), 92% son solteros (as) y el 66% profesan la religión católica, en cuanto al conocimiento 70% de la muestra demostró tener un buen nivel, resaltando que ningún estudiante carece de conocimiento. ⁽⁴⁾

Martínez, M. (México - 2010), en su estudio titulado "Evaluación del conocimiento sobre los cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería de un Centro Médico Nacional", planteándose entre otros el siguiente objetivo: Identificar el grado de conocimientos sobre cuidados tanatológicos que posee el personal de enfermería en un Centro Médico Nacional. Estudio transversal, descriptivo y prospectivo. Se diseñó una encuesta con 30 reactivos, diseñada ex profeso al personal de enfermería en contacto con pacientes terminales. Resultados. Se aplicaron 100 encuestas a personal de enfermería, se encontró que 83% considera

tener conocimientos básicos a medios; sólo 32% conoce el objetivo de la tanatología; 41% considera que proporciona a sus pacientes cuidados paliativos y apoyo emocional-espiritual, además de los cuidados propios de enfermería. ⁽⁵⁾

Sánchez, M. (Estados Unidos - 2002), en el estudio titulado "Aspectos éticos acerca de los cuidados en etapas terminales de la vida en unidades de cuidados intensivos" planteándose entre otros los siguientes objetivos: 1. Conocer los planteamientos relacionados con los cuidados intensivos en enfermos en etapas terminales, propuestos en diversos medios. 2. Determinar la mejor conducta a seguir con pacientes terminales en Unidades de Cuidados Intensivos. Llegando a las siguientes conclusiones: 1.- Debemos ser humanos y apoyar al paciente aún en el caso de la muerte cerebral. Deben mantenerse la sedación (siempre que no influya negativamente en el diagnóstico) y la analgesia. 2.- Tenemos que ser muy cuidadosos con las expresiones a pacientes y familiares involucrados en estas situaciones. 3.- Se debe tener en cuenta que lo más valioso es precisamente la vida del ser humano, y a la vez, valorar hasta que punto se prolonga una vida o una agonía con el mantenimiento de medidas terapéuticas en situaciones críticas. 4.- El encarnizamiento terapéutico está muy lejos de la curación, de la paliación y de la actitud ética médica, pero debemos ser muy prudentes para no interrumpir una medida que puede salvar una vida humana. ⁽⁶⁾

Guillermo, J. (Medellin Colombia - 2007) en el estudio titulado "Factores relacionados con la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las Taxonomías en 12 Unidades de Cuidado Intensivo de Medellín", mediante un estudio cuantitativa de tipo descriptivo y corte transversal, planteándose los siguientes objetivos: 1.- Identificar los factores institucionales que se relacionan con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías para el cuidado de los pacientes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de 3º y 4º nivel de complejidad de la ciudad de Medellín. 2.- Describir factores de los profesionales, variables sociodemográficas, formación académica, aspectos laborales, actitud y nivel de aptitud clínica y su relación con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. 3.- Describir la actitud y la aptitud clínica de los profesionales de enfermería y relacionarlas con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías en el cuidado de los pacientes. 4.-Describir las metodologías y taxonomías que los profesionales de enfermería utilizan para llevar a cabo las acciones de cuidado de los pacientes en las Unidades de Cuidado Intensivo. Con una muestra de 65 Profesionales de Enfermería. Resultados: El análisis del nivel de aptitud clínica en relación con el nivel de formación de los profesionales que tiene pregrado en enfermería sólo el 8.8% posee un nivel bueno de aptitud clínica (puntaje entre 14 y 16), la mayoría de ellos (91%) tiene nivel entre muy bajo y mediano. Entre los encuestados que tienen especialización es particular observar que el 35.2% registra un nivel muy bajo, en contraste con el 23.3% cuyo puntaje le permitió ubicarse entre

bueno y muy bueno. De los encuestados que indican tener diplomados, el 71.4% tiene un nivel de aptitud clínica entre muy bajo y bajo. Conclusiones: Se encontró un nivel de aptitud clínica bajo que podría estar relacionado con poco conocimiento y escasa utilización del PAE y las taxonomías en su trabajo diario. (7)

Navarro F, Perez B. (Santiago de Cuba, Cuba.- 2009) en el estudio titulado " Buenas Prácticas de Enfermería en pacientes Tributarios de Cuidados Paliativos en la Atención Primaria de Salud", planteándose el siguiente objetivo: incrementar los conocimientos sobre las buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos. El estudio estuvo diseñado en tres momentos o etapas: 1. Etapa de Diagnóstico. Donde se aplicó una encuesta al personal de enfermería para identificar el nivel de conocimiento sobre los cuidados que emplean en sus pacientes y familiares. 2. Etapa de intervención. Obtenidos los resultados de la encuesta inicial, se dividió el grupo en 2 subgrupos para facilitar la aplicación del programa educativo sobre las buenas prácticas de enfermería en cuidados paliativos que constó de 6 semanas de duración. 3.- Etapa de evaluación, Concluido el programa de intervención se aplicó nuevamente la encuesta inicial para observar y comparar los resultados. Resultados: 1.- El conocimiento de los evaluados antes y después del estudio sobre la definición de enfermo terminal; es notable observar que solo el 20% (5) conocía el significado de este término al iniciar el estudio, luego de aplicada la intervención se elevó a un 92% (23). 2.-La definición de cuidados paliativos resultó ser para la muestra de estudio una definición un tanto

desconocida pues al realizar la exploración de sus conocimientos antes de la intervención el 72% (18) no conocía este, posteriormente logramos que el 84% (21) pudieran definir de forma adecuada los cuidados paliativos. 3.-El cuanto al conocimiento de las base de la terapéutica paliativa, no tenían los conocimientos suficientes el 60% (15) de las enfermeras del estudio; una vez concluida la intervención el 96% (24) de las mismas respondieron adecuadamente. 4.- Notamos lo mismo al analizar el conocimiento de los instrumentos básicos para mejorar la calidad de vida y el confort donde se evidenció que el 72% (18) no identifico adecuadamente estos instrumentos, hecho que se modificó posteriormente y se obtuvo un conocimiento adecuado del 84% (21). 5. En el conocimiento de las actividades a desarrollar con el paciente y la familia el 68% (17) tenían conocimientos inadecuados, al terminar la intervención el 92% (23) pudo identificar adecuadamente cuales eran estas actividades a desarrollar. ⁽²⁾

A nivel Nacional y Regional no se identificaron y se desconoce trabajos de investigación relacionados al conocimiento sobre los cuidados del profesional de enfermería en pacientes en etapa terminal.

1.2. BASES TEÓRICAS

1.2.1. TANATOLOGÍA

La tanatología se puede definir etimológicamente como "la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte" (dar razón a esta esencia de la muerte); es el estudio de la muerte y del proceso que se lleva

a ella. Es la disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en procesos humanos y está enfocado, no solo a establecer entre el enfermo en tránsito de la muerte, su familia y el personal médico que lo atiende, un lazo de confianza, sino también, esperanza y buenos cuidados que ayude a morir con dignidad.⁽¹⁰⁾

Los objetivos de la Tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo, señalando que se deben evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida como su acortamiento deliberado. Es decir, deben de propiciar una "Muerte Adecuada" misma que se puede definir como aquella en la que hay.⁽¹¹⁾

- Ausencia de sufrimiento
- Persistencia de las relaciones significativas del enfermo
- Intervalo permisible y aceptable para el dolor
- Alivio de los conflictos
- Ejercicio de opciones y oportunidades factibles para el enfermo
- Creencia del enfermo en la oportunidad
- Consumación en la medida de lo posible de los deseos predominantes y de los Instintivos del enfermo.
- Comprensión del enfermo de las limitaciones físicas que sufre.

Todo lo anterior, será dentro del marco del ideal y del ego del paciente. De esta manera se entiende que el deber de la tanatología como rama de la medicina consiste, en facilitar toda la gama de cuidados paliativos

terminales y ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar y elaborar el duelo producido por la muerte.

A. PACIENTE EN ETAPA TERMINAL

El concepto de paciente en etapa terminal es aquel que se aplica a personas que sufren una enfermedad y que se encuentran en la etapa terminal o final de ella, sin esperanzas ni posibilidades de recuperación ya sea porque no se conoce la cura específica a la condición que se posee o porque el estado avanzado de la enfermedad no permite mejora alguna. Sin dudas, la noción de paciente terminal implica un gran nivel de complejidad ya que supone la idea de muerte y de una vida llegando a su fin. Al lado de ella aparece la idea de eutanasia que implica dejar morir de manera pacífica y no dolorosa a alguien que lleva mucho tiempo sufriendo y que no posee posibilidades de mejorar. ⁽¹⁰⁾

Según la OMS, paciente terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses). ⁽¹²⁾

Centeno en el año de 1999 definió al paciente terminal por tener: ⁽¹³⁾

- Presencia de una enfermedad 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 el paciente, su familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.

Con respecto al paciente terminal, la Dra. Kubler Ross en 1994 describió las diferentes fases por las que pasa este paciente creando el denominado Modelo Escalonado de Kubler Ross, el cual consiste en lo siguiente.

B. Fases del paciente en etapa terminal: ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾

1ª Fase: Negación y Aislamiento

La mayoría al enterarse de su enfermedad mortal reaccionan diciendo, "no, yo no, no puede ser verdad". Esta negación es común tanto en aquellos a los que se les comunica directamente desde un principio su enfermedad, y a aquellos a los que no se les decía explícitamente y que llegaban a aquella conclusión por si mismos. La negación, por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando. La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas menos radicales.

La necesidad de negación existe en todos los pacientes alguna vez, luego, la necesidad va y viene, y el oyente sensible y perceptivo

reconocerá esto y respetará las defensas del paciente sin hacerle consciente de sus contradicciones. Cuando estén dispuestos a hablar se abrirán, y compartirán su soledad, unas veces con palabras, otras con pequeños gestos o comunicaciones no orales.

2ª Fase: Ira

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, envidia, y resentimiento. Les surge la siguiente pregunta: "¿Por qué yo?". Esta fase de ira a diferencia de la anterior es muy difícil de afrontar para al familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas las direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.

3ª Fase: Pacto

En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio "a la buena conducta ", además fija un plazo de "vencimiento " impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.

4ª Fase: Depresión

Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidas por una gran sensación de pérdida. Todas estas circunstancias y otras añadidas son razones de depresión para el paciente moribundo que va causar un dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo.

Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. Y si se les permite expresar su dolor en este tipo de depresión, encontrará mucho más fácil la aceptación final.

En el dolor preparatorio no se necesitan palabras o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cabello, o sencillamente, sentándose en la cama en silencio.

5ª Fase: Aceptación

Cuando el paciente ha tenido tiempo para asumir su situación y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas llegará una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará. Se sentirá cansado, y débil o sentirá la necesidad de dormir a menudo. No hay que confundir esta fase con una fase feliz. Para el paciente, esta fase está desprovista de sentimientos y es la familia quien necesita más apoyo. El paciente lo único que necesita es la presencia de alguien a su lado, aunque no haya comunicación oral, simplemente el silencio, el contacto entre las manos pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido.

Tenemos que saber que las fases en el proceso del enfermo terminal no son hieráticas, sino un proceso dinámico y por tanto no tenemos que obligar a nadie a pasar por todas y cada una de ellas, según la persona

puede pasar de una fase a otra saltándose alguna de ellas o no contemplarlas. Lo que si conocemos es que el pase por estas fases facilita la aceptación de la muerte como algo natural y hace de este proceso algo idóneo, para aceptar nuestro fin, así como ayuda a la recuperación del duelo en la familia.

Durante todas estas fases el único sentimiento común que siempre persiste es la esperanza. Aún los enfermos más realistas, y los que aceptan de mejor manera su situación, mantienen una chispa de esperanza para su curación o para la aparición de un medicamento nuevo. Esta chispa de esperanza les sostiene durante días, semanas o incluso meses de sufrimiento. El papel del profesional de salud en este caso, no se trata de decirles mentiras, pero es importante compartir con el paciente su esperanza. La reacción de la familia ante la enfermedad del paciente contribuirá en mucho a la respuesta de éste. Es muy importante para el enfermo y la familia, ver que la enfermedad no rompe totalmente un hogar, ni priva completamente a todos los miembros de cualquier actividad placentera.

Al igual que los pacientes que agonizan, sus amigos y familiares atraviesan estados de rechazo y aceptación. La atención que requieren pacientes y familiares deben ser proporcionada por un personal con cualidades especiales, quienes deben enfrentarse a su propio temor a la muerte para confrontar de forma adecuada a la persona que está agonizando. Desde

luego cada enfermo tiene su manera de reaccionar frente a su propia muerte, muy distinta a los demás, podríamos señalar cuatro actitudes: ⁽¹⁾

- El enfermo que ve su muerte con indiferencia.
- El que invoca la muerte para poner fin a su dolor, aburrimiento y desesperación.
- El que mira la muerte con pavor y angustia.
- El que la desea por su fe en las promesas de cristo.

Por lo anteriormente mencionado sea lo que sea la reacción del paciente ante su propia muerte, normal o anormal ¿Qué hacer ante un enfermo que se muere por momentos? A la enfermera se le explica oportunamente toda la serie de teorías, técnicas y prácticas para aliviar al paciente, para devolverle la salud, para hacer que sufra menos, está bien, pero cuando todo esto falla, será entonces el momento de olvidarse de la ciencia para poner en juego los sentimientos humanos y mas que humanos, maternales que anida en su corazón. El enfermo en esos momentos supremos y definitivos, más que de instrumentos e inyecciones, necesita del cariño de la enfermera; necesita que lo acompañe, que le de una palabra de aliento, que lo trate con amor. Eso, con amor “No se vaya, no me deje solo”, es el grito casi desesperado que suelen pronunciar muchos enfermos, grito que delata todo el mundo de ansiedad que esta padeciendo en su interior.⁽³⁾

C. FASES QUE PASAN LOS FAMILIARES DEL PACIENTE EN ETAPA

TERMINAL:

EL DUELO ⁽¹⁶⁾

Durante nuestra vida, sufrimos múltiples pérdidas que nos provocan periodos de duelo. Estas no tienen por qué ser necesariamente de seres queridos, existiendo otros tipos de pérdidas que pueden afectarnos psicológicamente igual y provocar conductas similares.

El duelo son las conductas, reacciones, sentimientos y pensamientos que preceden y siguen a la pérdida. El duelo normal se inicia con un estado de "shock" que se expresa con perplejidad y aturdimiento, no entendiendo lo que ha ocurrido; pasando rápidamente a conductas de sufrimiento acompañado de expresiones físicas como debilidad, pérdida del apetito, pérdida del peso, problemas de concentración, alteraciones del sueño, pérdida de interés por el mundo exterior y por su autocuidado; son también frecuentes expresiones de cólera dirigidas tanto a la familia como al equipo cuidador culpabilizándoles de la situación.

El duelo, al ser la imagen subjetiva de la pérdida, es esencial para la buena salud mental y física. El duelo es un proceso social.

Los profesionales de la salud ayudan a la sociedad ante cualquier tipo de pérdida que nos provoque duelo; ya sea la imagen corporal, de la persona amada, seguridad y bienestar en el trabajo, etc.

El conocimiento de las pérdidas y diferentes estadios y fases del duelo influyen en nuestra actuación y como enfermeras nos permiten comprender

respuestas e identificar necesidades del individuo que facilitan la resolución del duelo de manera positiva.⁽¹³⁾

En este caso, como en todo el trabajo que desarrolla la enfermera a cualquier nivel, la comunicación es la piedra angular que facilita la actuación y aplicación de conocimientos para resolver situaciones de duelo anormales y reconducirlas a un duelo normal.

La atención de enfermería en el duelo no es más que la continuación de los cuidados paliativos ofrecidos al moribundo; para ser eficaces en estas situaciones, la enfermera debe tener en cuenta sus propias actitudes para con la pérdida, la muerte y la agonía, pues afectan directamente a la capacidad de cuidado.

1.2.2 DERECHOS DEL PACIENTE

Existe una carta expedida por la OMS (1990), la cual menciona los derechos del paciente en fase terminal, estos derechos pueden ser de utilidad para los profesionales de enfermería, para enfocarse a la situación actual del enfermo y a su manejo adecuado, para otorgarle calidad de vida:

1. El enfermo terminal tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social, compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad.
2. A vivir independiente y alerta.
3. A tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social, siendo la meta que se debe alcanzar el máximo confort posible para el paciente.

4. A conocer o rehusar el conocimiento de todo lo concerniente a su enfermedad y a su proceso de morir.
5. A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
6. A ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de la vida.
7. A que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
8. A hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo, de sus compromisos.
9. A que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidos en cuenta antes y después de su muerte.
10. A morir con dignidad, tan confortable y apaciblemente como sea posible.⁽⁵⁾

1.2.3. CUIDADOS PALIATIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problema psicológicos, sociales y espirituales es primordial». Destacaba que los

cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias. ⁽¹⁸⁾

Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos: «Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales»

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.

- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Ernestine Wiedenbach desarrolló su modelo teórico a partir de una vasta experiencia práctica y educativa “El Arte de la ayuda de la Enfermería Clínica”. Quien hizo ver el efecto que ejerce los pensamientos y los sentimientos de la enfermera en el resultado de sus acciones, Wiedenbach describe a la enfermera y la relación con la actitud profesional de la siguiente manera:⁽³⁾

- A. La enfermera y sus sentimientos.
- B. La enfermera y sus pensamientos.
- C. La enfermera y su profesión.

Entre los principales conceptos y definiciones que formuló Wiedenbach, se encuentran: La enfermera es un ser humano funcional no solo actúa, sino que también piensa y siente. Sus pensamientos y sentimientos en el cometido de sus trabajos son importantes, y tiene un reflejo tanto en lo que hace como en el modo de cumplir con sus tareas. Subyacen cada acción que realiza la enfermera, ya sea en forma de palabras habladas o en forma de comunicación escrita actitud corporal o cualquier otro acto. En las

enfermeras cuya acción se encamina directamente a la consecución de un propósito, los pensamientos y sentimientos han de plantearse de manera disciplinada.

En la filosofía de cada enfermera, su actitud ante la vida y la realidad que emana de sus creencias y códigos de conducta, reside su motivación para actuar y el principio que guía sus pensamientos sobre sus actos y decisiones todo ello se enraíza en su cultura y subculturas y forma parte de su ser. De tal manera que el ejercicio profesional lo define como la "acción evidente guiada por pensamientos y sentimientos disciplinados que pretenden satisfacer las necesidades de ayuda del paciente y define el ejercicio de la enfermería clínica"; seguidamente describe que el Código Profesional de Enfermería señala que los límites o fronteras del servicio profesional marcan las líneas maestras que han de seguirse en el ejercicio de esta profesión. Los servicios que permiten el ejercicio de la enfermería son la administración, la formación y las organizaciones. Aunque rara vez se percibe su presencia en la habitación del paciente o en las relaciones personales entre este y la enfermera, no dejan de tener importancia en el ámbito de la definición de normativas de calidad en los cuidados que se prestan en esta profesión.

Por lo antes expuesto, se toma esta filosofía, puesto que la investigación se relaciona con los sentimientos y emociones de los profesionales de Enfermería, donde se indaga los aspectos psicológicos y espirituales que

influyen en la conducta profesional, los cuales según Wiedenbach, están sumamente relacionados.

El cuidado del paciente en etapa terminal conlleva al término de un conjunto de actos, intervenciones, comportamientos, que han de aportar a la persona de quien se tiene en cuidado, todos los elementos, tanto en el plano físico como el psicológico, social y espiritual que permita prepararlo para la muerte, dado que tiene un precario estado de salud y no tiene posibilidad de recuperarse y morirá en poco tiempo a pesar de todas las medidas que se tomen, pero he aquí que los cuidados de enfermería se deben extremar y cumplir a cabalidad para ayudarle y asistirle ha una muerte digna.

El Modelo Conceptual de Nancy Roper, Winifred Logan y Alison Tierney sobre "Elementos de la Enfermería". En 1976, Roper invito a Logan y a Tierney a participar en la depuración y en el desarrollo de los modelos formulados por ellas. Cada uno de los miembros de este equipo contribuyo con sus experiencias particulares en la práctica, la formación, la administración y la investigación en Enfermería y en 1980 se publicó el título de "Elementos de Enfermería", describiendo el cuidado de enfermería ante la muerte en tres aspectos que la conforman:

1. Espíritu Positivo
2. Estado Agonizante
3. Duelo de sus allegados.

Entre sus principales supuestos, ellas definen la Enfermería como una ayuda a las personas para: prevenir problemas potenciales, mitigar o

resolver problemas, prevenir la recurrencia de problemas ya tratados y afrontar con espíritu positivo cualquier problema, incluida la muerte y el estado agonizante de los pacientes y el duelo de sus allegados.

Para ellas, la vida puede describirse como una mezcla de actividades vitales, siendo éstas:

1. Mantenimiento de un entorno seguro
2. Comunicación.
3. Respiración.
4. Comida y bebida.
5. Eliminación.
6. Higiene Personal y vestido.
7. Control de la temperatura corporal.
8. Movilidad
9. Trabajo y Ocio.
10. Expresión de la sexualidad.
11. Sueño
12. Muerte.

Este Modelo Conceptual se ha incluido en este estudio, puesto que entre las actividades vitales que se mencionan se incluye la muerte como una fase en el tiempo de vida de las personas, tan fundamental como el momento de nacer. En líneas generales, este modelo conceptual puede adaptarse a cualquier situación propia de Enfermería, situaciones tales como: fomento de la salud, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, relación con las enfermedades agudas o crónicas, enfoque de

las relaciones, ayuda a morir dignamente y puede dirigirse para cualquier grupo de edad, para cualquier estado de dependencia/ independencia y para cualquier cultura, clase social, condiciones del entorno o circunstancia político-económica.

1.2.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En primer lugar, es importante mencionar que para proporcionar cuidados óptimos a un paciente, el personal de enfermería utiliza como herramienta fundamental el Proceso de Enfermería, el cual está orientado a detectar necesidades, realizar diagnósticos que contribuyan a la planificación y ejecución de acciones que permitan solventar dichas necesidades, este proceso se da con la interacción enfermera(o) – paciente.

En este propósito, Iyer (1988) señala que el proceso de enfermería se trata de un procedimiento continuo, enfocado en las respuestas cambiantes del paciente. Está conformado por cinco etapas, relacionadas íntimamente y complementarias: ⁽³⁾

- Valoración: primer paso del proceso de enfermería y de gran importancia, la información recogida conduce a la elaboración del plan de cuidado.
- Diagnostico de enfermería: definido como la acción en la que se precisan los problemas específicos, que son el insumo principal para la planificación.

- **Planificación:** se refiere al momento en el cual se elabora el plan de cuidados y determinar que enfoque se aplicara para buscar solución a los problemas detectados.
- **Ejecución :** en esta fase se desarrolla el plan de cuidado de enfermería
- **Evaluación:** identificado como la última etapa del proceso de enfermería, sin embargo es una parte integral de cada fase.

El profesional de enfermería en su función asistencial, debe brindar atención directa al paciente cuyas acciones sean generadas por el cabal cumplimiento del proceso de atención de enfermería de quien: Logan y Torner citados por Castrillon (1999) dicen: “para un observador inicial, las experimentadas acciones de enfermera ocultan el proceso mental que la lleva a tomar decisiones y a ejecutar determinadas intervenciones”.

Significa entonces que los profesionales de enfermería deben relevar el proceso de atención de enfermería, como el instrumento fundamental de su desempeño. Aplicando el proceso de enfermería podemos entonces brindar los cuidados y la atención del paciente en etapa terminal de una forma completa, eficiente y eficaz que satisfaga plenamente sus necesidades físicas, espirituales y psicológicas. En relación con este último, la atención al paciente terminal considera tres aspectos:⁽³⁾

- ❖ **Atención Física:** Produce en la persona bienestar y confort, se sigue conservando la dignidad del cuerpo.

- ❖ **Atención Psicosocial:** la Atención Psico-social del paciente en etapa terminal no deja de ser de aspecto fundamental dentro de los cuidados a realizar por el personal de enfermería. Es conveniente mencionar que en década de los años 1960 diferentes sociólogos iniciaron el estudio de la psicología de la muerte y potenciaron la aparición de programas de asesoramiento y terapias para tratar los profundos problemas emocionales asociados con la muerte que existe en la sociedad moderna.
- ❖ **Atención Espiritual:** forma parte de los cuidados que debe proporcionar el personal de enfermería al paciente en etapa terminal, puesto que este no es solamente cuerpo, ni es únicamente alma o psicología, ni es tan solo espíritu, es un conjunto de los tres. Por lo que es natural que la dimensión espiritual del paciente requiera de cuidados. La enfermera es la primera que entra en contacto con el enfermo, la que recoge sus inquietudes y necesidades mientras permanece en la clínica u hospital, en tal sentido, debe indagar la religión que profesa para proporcionar servicios y auxilios espirituales, visitas amigables, libros espirituales o de mensajes cristianos, especialmente la Biblia, folletos y orientaciones para fortalecer su espíritu. Para obtener la fuerza y el valor para encarar la muerte con dignidad, muchas personas encuentran en sus creencias religiosas una inestimable ayuda. Aun pacientes que aseguran no creer en un ser superior pueden encontrar reconfortantes las visitas

del sacerdote o capellán, por lo antes mencionado la enfermera con frecuencia es la que primero percibe las necesidades espirituales del paciente y puede ser llamada para actuar como enlace entre el paciente y el capellán. Se dice además que la enfermera es el: "ángel" tutelar que vela las vicisitudes del doliente. En realidad es eso y mucho mas: ella es la que pone un bálsamo en el dolor, ella es la voz que alienta, la mano que acaricia, el corazón que ama, la sonrisa que da esperanza. Ella es la amiga, la hermana, la madre. Es por decirlo de una vez, Dios mismo que se acerca al doliente, que se encarna en ella para decirle: Yo estoy contigo! Miranda, J.M en su libro "Vocación y misión" señala que la oración anima y consuela al paciente que esta sufriendo, el cual considera que la enfermera puede leer sin avergonzarse de ello. La posibilidad de que el enfermo en situación terminal reciba o no una atención espiritual en consonancia con sus propias creencias y deseos, depende, muchas veces de una decisión médica. El descuido, la inadvertencia, el miedo a la reacción del enfermo o de su familia, o, simplemente la proyección sobre el paciente de las propias ideas, pueden condicionar este derecho del paciente que es deber para el médico. La facilitación de este tipo de asistencia, no olvidándola, ni sintiéndose incómodo ante ella, debe estar presente en la mente del médico y de la enfermera. Es necesaria también una formación de la enfermera que le ayude a afrontar estos aspectos del sentido del dolor y la muerte, a establecer esa "relación de ayuda" imprescindible para la humanización de los

cuidados que van a ayudar al enfermo Terminal, en esos momentos tan importantes de su vida.

1.2.4.1 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN FASE TERMINAL ⁽¹⁾

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

Suele ser una situación de gran impacto, ante la proximidad de la muerte.

La actuación de enfermería irá enfocada, a proporcionar al enfermo moribundo el máximo confort posible, mediante los cuidados encaminados al control de los síntomas y el apoyo psicológico, tanto para el paciente como a su familia.

Es imprescindible que los profesionales de enfermería sepan reconocer la aparición de la fase agónica en el paciente.

❖ **CARACTERÍSTICAS:** Las características más importantes son:

- Aumento de la debilidad.
- Aumento de la postración.
- Aumento del encamamiento.
- Disminución de la alerta.
- Disminución de la ingesta.
- Alteración de las constantes.
- Deterioro físico general.

Se deben observar los signos clínicos siguientes:

1. Pérdida del tono muscular:

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

2. Disminución de las sensaciones.

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

3. Cambios en los signos vitales:

- Pulso lento y débil.
- Tensión arterial disminuida.
- Respiración rápida y superficial o lenta con fases de apnea.
- Sequedad en la mucosa oral.

4. Afectación sensorial:

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

Los hallazgos físicos de muerte inminente son:

- Pérdida de reflejos.
- Pulso rápido y débil.

- Pupilas dilatadas y fijas.
- Descenso de la presión arterial.
- Incapacidad para moverse.
- Distrés respiratorio.
- Fases prolongadas de apnea.
- Respiración ruidosa, (estertores de muerte).Y como signos de muerte:
- Cese de la respiración y de los latidos cardiacos durante varios minutos.
- Falta total de respuestas a estímulos externos.
- E.E.G. plano.

1.2.5. COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA A LOS FAMILIARES EN ETAPA TERMINAL:

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

- Mantener informada a la familia de la evolución esperada, sobre todo cuando el paciente esta en el domicilio, de esta manera se evitara el ingreso por temores innecesarios en el hospital.
- Intentar aliviar los sentimientos de culpa que puedan surgir en los familiares, reconociendo sus aportaciones en el cuidado del enfermo y subrayándoles la idea de que han hecho todo lo necesario.

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

- No juzgar posturas de alejamiento de la familia con respecto al enfermo porque las vivencias previas entre ellos nos son desconocidas.
- Se cree que el tacto y el oído son los últimos sentidos que se mantienen hasta la muerte. Aunque no hay evidencia científica, aconsejar a la familia que sean prudente en los comentarios delante del paciente.
- Si la familia insiste en la administración de sueros, indicarle pacientemente que estos no son necesarios durante la agonía y que pueden producir más problemas que beneficios (aumento de edemas, secreciones, venopunciones, etc.).
- Las preguntas que la familia suele hacer al equipo sobre la hora en que sucederá la muerte del enfermo reflejan la angustia que padecen y/o los deseos de que el paciente no sufra más. No deben ser juzgadas como intereses egoístas de la familia en espera de un rápido final.
- Entrar en la habitación del paciente para comprobar si se necesita algo. No es necesario decirles nada en especial, solo ofrecerles ayuda y facilitar que expresen su dolor si así lo desean
- Si el paciente esta en el domicilio, dejar instrucciones de a quien pueden dirigirse en caso de necesidad o que pasos han de seguir después del éxito.

Del tipo de relación establecido con la familia dependerá la eficacia de las medidas de apoyo dirigidas a ellas, para lo cual es

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

Quizás los familiares avisen al profesional de enfermería por cosas que parezcan triviales, pero hay que tener en cuenta que puede que antes no hayan visto nunca morir a nadie. El desconocimiento del proceso les impulsará a preguntar sobre todo lo que esté ocurriendo para comprobar si es normal.

La familia siempre recordará estos momentos, de ahí la importancia de nuestra actitud. ⁽³⁾

1.2.6 CONOCIMIENTO

El conocimiento se define a través de una disciplina llamada epistemología, una doctrina filosófica que se conoce como la teoría del conocimiento. La epistemología define el conocimiento como aquel conjunto de saberes, que como veremos se dan a diferentes niveles, que poseemos sobre algo. ⁽²²⁾

Es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con la que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberse sobre un tema o sobre una ciencia. La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre

(observación, memoria, capacidad de juicio). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos. ⁽²³⁾

El conocimiento es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural del Homo sapiens. Saber que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio.

1.2.6.1 NIVELES DE CONOCIMIENTO: Tres niveles de conocimiento, el conocimiento sensible, el conceptual y el holístico.

- **Conocimiento Sensible:** Es aquel que se adquiere a través de la captación de un objeto por medio de los sentidos, que en el caso de los seres humanos los más desarrollados son el oído y la vista, de este modo, somos capaces de almacenar en nuestra memoria las imágenes de todos los objetos que observamos a diario, con sus características particulares.
- **Conocimiento Conceptual:** Se trata de aquel que se forma a partir de un conjunto de representaciones definidas como invisibles, inmateriales, universales y esenciales. La diferencia más significativa entre el conocimiento sensible y el conceptual radica en que el primero es un conocimiento particular de cada persona,

en el que cada uno ve y define los conceptos y los objetos con las características propias, mientras que el conceptual hace referencia a la universalidad de los conceptos y objetos, aquellos que todos comprendemos de la misma manera, sin añadirle características propias.

- **Conocimiento Holístico:** También denominado intuitivo hace alusión a la forma de captar los conceptos dentro de un contexto en particular, como uno de los elementos que componen una totalidad, sin poseer una limitación o estructura clara. Esto es lo que diferencia en mayor grado el nivel de conocimiento holístico con el conceptual, ya que este último posee ciertas estructuras que le brindan la universalidad. ⁽²³⁾

1.2.6.2 TIPOS DE CONOCIMIENTO:

➤ CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación. ⁽²⁴⁾

✓ CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

- ✓ Racional: No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc.
- ✓ Fático: Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos
- ✓ Objetivo: Los hechos se describen y se presentan cual son, independientemente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa.
- ✓ Metódico: Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez.
- ✓ Auto-Correctivo o Progresivo: Es de esta forma porque mediante la Confrontación de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan y rechazan las conclusiones.
- ✓ General: Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas "Leyes".
- ✓ Sistemático: Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas.
- ✓ Acumulativo: Ya que parte del conocimiento establecido previamente y sirve de base a otro. ⁽²⁴⁾

➤ CONOCIMIENTO EMPÍRICO

El conocimiento empírico, es obtenido a través de la experiencia práctica. Se compone de datos aislados basados en la observación y la experiencia, pero carece de la organización sistemática que caracteriza al conocimiento científico.

✓ Características del conocimiento empírico:

- Subjetivo
- No metódico
- No ofrece resultados consistentes
- Algunos de estos conocimientos son verdaderos y otros erróneos. ⁽²⁴⁾

1.2.6.3 CONOCIMIENTO DEL PROFESIONL DE ENFERMERIA:

Es una representación mental, un concepto o una concepción de la enfermería suficientemente completa y explícita como para proporcionar directrices para todos los campos de actividad de la profesión de enfermería. ⁽²⁵⁾

1.2.6.4 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA:

Históricamente el conocimiento de enfermería se ha derivado de las ciencias físicas y de la conducta, se considera una profesión que tiene sus propias teorías conceptos, tecnologías, procesos y

procedimiento constructivo con la participación activa de las enfermeras; sus modelos responden a unidades como:

- ✓ El ser humano, ser holístico con su propia cultura e identidad, con capacidad de brindarse autocuidado (según Orem).
- ✓ Un ser biopsico-social con ocho subsistemas conductuales y que aplica las cuatro funciones principales. El paciente, su salud, promoción, prevención de las enfermedades, restauración o curación y rehabilitación.
- ✓ El paciente, aplicación del proceso de atención de enfermería en la práctica para resolver el problema del paciente. Este proceso se preocupa de:
 - ❖ Identificar problemas, priorizarlos, plantear posibles soluciones.
 - ❖ Plantear el objetivo que se pretende alcanzar.
 - ❖ Ejecutar la evaluación para verificar resultados del trabajo, riesgo y tomar decisiones oportunas.

El hombre primitivo creía en lo sobre natural todo tenía vida para él; en consecuencia, la respuesta a sus males la tenía en la naturaleza. Su observación no fue suficiente e inicia la búsqueda de repuestas a sus necesidades de sanar sus enfermedades que son consideradas sobrenaturales; allí nace la combinación de prácticas ocultas y empíricas puesto que el hombre habitaba dos mundos, el visible y el invisible. El mundo sobrenatural o invisible afectó al hombre primitivo.

Se inicia así la magia negra y la magia blanca; la magia negra destructiva con malos espíritus, la magia blanca constructiva con buenos espíritus. En la práctica venía lo ritual, que acabo por convertirse en un tono religioso, dando inicio a las distinciones de sacerdotes y curadores, aunque ambos tratan a la vida y a la muerte como autoridades con sabiduría tradicional.

Según Alexder (1782), las ancianas mujeres de las tribus aprendieron a tratar heridas y fiebres con pociones elaboradas de hierbas que conseguían en la búsqueda diaria. Se divide el trabajo: los hombres defendían la tribu y cazaban para obtener alimento diario, las mujeres cumplían con las labores del hogar y además cuidaban a sus niños ancianos y enfermos, desempeñando un papel importante en este campo. Las sociedades primitivas pusieron las bases de lo que hoy es higiene, salud pública, saneamiento, obstetricia, cirugía, psiquiatría y enfermería; esta ultima con:

- ✓ El papel de la enfermera como madre.
- ✓ Como ocupación femenina.
- ✓ Parte vital de a sociedad.
- ✓ La interrelación y diferenciación medico- enfermera.

A enfermería se le conoce como la más antigua de las artes y la más moderna de las profesiones. A sido una profesión de lucha permanente, de trabajo abnegado humanitario y con la falta de

reconocimiento social, ya que una profesión se le reconoce cuando la sociedad la identifica como tal (Elliot, 1975).

Un componente vital de la enfermería fue el “cuidado”; este le daba identidad propia, abarcaba el afecto, solidaridad, responsabilidad hacia los necesitados y desvalidos. La suma de otros elementos como el humanismo, el altruismo, las formas más nobles del amor y bondad, hicieron que la enfermera dedicara su vida al servicio, por amor, a los demás. Para fomentar la salud o vencer la enfermedad, enfermería se recrea y nace dos elementos importantes:

- ✓ Experiencia y habilidad.
- ✓ Conocimiento.

La experiencia y habilidad desarrolla procedimientos específicos. Los conocimientos se incrementan conforme se disponía de mayor información de las enfermedades. “el conocimiento de hechos y principios proporcionaría el impulso para que la enfermería se convirtiese tanto en un arte como en una ciencia”. ⁽²⁵⁾

CAPÍTULO II
MATERIALES Y MÉTODOS

- 2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:** El tipo de investigación es cuantitativo, no experimental.
- 2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:** Descriptivo – Correlacional – de Corte Transversal.
- 2.3 SEDE O AREA DE INVESTIGACION:** La presente investigación se realizó en los servicios internos del Hospital Regional Miguel Ángel Llerena, ubicado en Av. Independencia 355 – Ayacucho.
- 2.4 POBLACIÓN:** Son todos los profesionales de enfermería de los servicios internos (Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos) del Hospital Regional de Ayacucho: 74 profesionales de enfermería.
- 2.5 TAMAÑO DE MUESTRA:** el 100% de la Población de tipo censal.
- 2.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**
Todos los profesionales de enfermería de los servicios que acepten participar del estudio.
- 2.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**
Los profesionales de enfermería de los servicios de externos y SOP del Hospital Regional De Ayacucho.
- 2.8 UNIDAD DE ANALISIS:** Un profesional de enfermería del servicio de Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos.

2.9 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica de recolección de datos será la Entrevista estructurada.

2.10 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Cuestionario de Información General.
- Cuestionario de evaluación de conocimiento, tomado de Pedro Manuel Navarro Ferrer. Policlínico docente "28 de Septiembre". Santiago de Cuba, Cuba.

2.11 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Para la realización del estudio se solicitó autorización al Director ejecutivo del Hospital Regional "Miguel Ángel Llerena" de Ayacucho, para la asignación del personal encargado a dar el permiso a la aplicación del instrumento. Obtenido el permiso de la Lic. Julia Palomino Mayhua en calidad de Jefa del Departamento de Enfermería, se procedió a aplicar la evaluación del conocimiento de los profesionales de enfermería sobre cuidados a los pacientes en etapa terminal.

El cuestionario que se utilizó para la recopilación de la información está compuesto por 5 preguntas con diferentes alternativas. A cada pregunta se le asignó diferentes valores como: Pregunta 1: 15 puntos, Pregunta 2: a) 20 puntos b) 5 puntos, Pregunta 3: 40 puntos (cada ítem tiene un valor de 5 puntos) , Pregunta 4: 10 puntos (cada ítem correcto tiene un valor de 5 puntos) , Pregunta 5: 15 puntos (cada ítem correcto tiene un valor de 5 puntos). La puntuación total de las preguntas es de 100 puntos, los puntos de corte figuran de la

siguiente manera: Aprobado 75 – 100 puntos y Desaprobado: menores de 75 puntos.

2.12 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS: Los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico SPSS versión 15. Los datos son presentados en cuadros estadísticos simples y compuestos de acuerdo a los objetivos propuestos. Para el análisis de datos se empleó la prueba Chi cuadrado.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

TABLA N° 01: CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL. HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” AYACUCHO 2012

CONOCIMIENTO	N°	%
Aprobado	11	14.9
Desaprobado	63	85.1
TOTAL	74	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

En la presente tabla, se observa que del 100 % de los profesionales de enfermería de los servicios internos del Hospital Regional de Ayacucho, el 85.1% tiene conocimiento desaprobado respecto a los cuidados en pacientes en etapa terminal y sólo el 14.9% tiene conocimiento aprobado sobre los cuidados en pacientes en etapa terminal.

TABLA N° 02: CONOCIMIENTO SEGÚN EDAD SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL. HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” AYACUCHO 2012

EDAD	CONOCIMIENTO				Total	
	APROBADO		DESAPROBADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
25-30 años	0	0	6	100	6	100
31-35 años	2	15.4	11	84.6	13	100
36-40	3	23.1	10	76.9	13	100
Mayor 40 años	6	14.3	36	85.7	42	100
Total	11	14.9	63	85.1	74	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	1.754(a)	3	.625

En la presente tabla, se observa que del total de profesionales de enfermería evaluados del Hospital Regional de Ayacucho; el 100% que oscilan entre las edades de 25 - 30 años, la totalidad esta desaprobada. Del 100% de profesionales entre 31 – 35 años, el 84.6% están desaprobados y sólo el 15.4% están aprobados. De los profesionales de 36 – 40 años el 76.9% están desaprobados y el 23.1% están aprobados respecto al conocimiento de los cuidados de pacientes en etapa terminal. De los profesionales de enfermería mayores de 40 años el 85.7% están desaprobados, mientras que el 14.3% están aprobados. La edad de los profesionales de enfermería es independiente del mayor o menor conocimiento, la prueba estadística corrobora este grado de independencia entre ambas variables ($p > 0.05$).

TABLA N° 03: CONOCIMIENTO SEGÚN GÉNERO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL. HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” AYACUCHO 2012

GENERO	CONOCIMIENTO				Total	
	APROBADO		DESAPROBADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Femenino	10	14.7	58	85.3	68	100
Masculino	1	16.7	5	83.3	6	100
Total	11	14.9	63	85.1	74	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	<i>.017(b)</i>	<i>1</i>	<i>.897</i>

En la Tabla N° 03, se observa los resultados según género de los profesionales de enfermería evaluados del Hospital Regional de Ayacucho; el 85.3% de mujeres presentan un nivel de conocimiento desaprobado respecto a los cuidados de pacientes en etapa terminal y el 14.7% aprobado. Los profesionales de enfermería de género masculino presentan un 83.3% de desaprobados y un 16.7% de aprobados sobre los cuidados de paciente en etapa terminal. Realizada la prueba estadística se identifica que no hay relación de dependencia entre el género y el nivel de conocimiento de los cuidados de paciente en etapa terminal ($p > 0.05$).

TABLA N° 04: CONOCIMIENTO SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL. HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" AYACUCHO 2012

NIVEL DE ESTUDIO	CONOCIMIENTO				Total	
	APROBADO		DESAPROBADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Licenciatura	2	4.7	41	95.3	43	100
Diplomado	2	28.6	5	71.4	7	100
Especialidad	6	35.3	11	64.7	17	100
Maestría	1	16.7	5	83.3	6	100
Varios	0	0.0	1	100.0	1	100
Total	11	14.9	63	85.1	74	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	10.380(a)	4	.034

En la tabla N° 04, se observa que del 100% de profesionales con varios niveles de estudio, el total esta desaprobado. Del 100% de los profesionales con Licenciatura, el 95.3% están desaprobadas y sólo el 4.7% están aprobadas. Del 100% de profesionales con Maestría, el 83.3% están desaprobadas y sólo 16.7% están aprobadas. Del 100% de profesionales con Diplomado, el 71.4% están desaprobados y 28.6% están aprobados. Y del 100% de profesionales con especialidad, el 64.7% están desaprobados y 35.3% presentan un nivel de conocimiento aprobatorio sobre los cuidados de paciente en etapa terminal. La prueba de chi cuadrado muestra la relación de dependencia entre el conocimiento y el nivel de estudio que presentan ($p < 0.05$).

TABLA N° 05: CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL SEGÚN SERVICIO QUE LABORA. HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” AYACUCHO 2012

SERVICIO QUE LABORA	CONOCIMIENTO				Total	
	APROBADO		DESAPROBADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
MEDICINA	1	7.1	13	92.9	14	100
CIRUGIA	2	15.4	11	84.6	13	100
UCI GENERAL	0	0.0	6	100.0	6	100
PEDIATRIA	2	25.0	6	75.0	8	100
NEONATOLOGIA	6	27.3	16	72.7	22	100
EMERGENCIA	0	0.0	11	100.0	11	100
Total	11	14.9	63	85.1	74	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

Chi-cuadrado de Pearson *Valor* *gl* *Sig. asintótica (bilateral)*
 6.956(a) 5 .224

En la tabla N° 05, se observa que del 100 % de profesionales de UCI General, el total están desaprobados. Del 100% de los profesionales de Medicina, el 92.9% están desaprobadas y el 7.1% están aprobadas. Del 100% de profesionales de Cirugía, el 84.6% están desaprobadas y 15.4% están aprobadas. Del 100% de profesionales de Pediatría, el 75.5% están desaprobados y 25% están aprobados. Y del 100% de profesionales de Neonatología, el 72.7% están desaprobados y 27.3% presentan un conocimiento aprobatorio sobre los cuidados de paciente en etapa terminal. Realizada la prueba estadística se identifica que no hay relación de dependencia entre el Servicio que labora y el conocimiento de los cuidados de paciente en etapa terminal ($p > 0.05$).

TABLA N° 06: CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL SEGÚN SITUACION LABORAL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” AYACUCHO 2012

SITUACION LABORAL	CONOCIMIENTO				Total	
	APROBADO		DESAPROBADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
CONTRATADA	4	14.8	23	85.2	27	100
NOMBRADA	7	14.9	40	85.1	47	100
TOTAL	11	14.9	63	85.1	74	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	<i>.000(b)</i>	<i>1</i>	<i>.993</i>

En la tabla N° 06, se observa los resultados según situación laboral de los profesionales de enfermería evaluados del Hospital Regional de Ayacucho. Del 100 % de profesionales contratadas, el 85.2% están desaprobadas y sólo el 14.8% están aprobadas. Del 100% de profesionales nombradas, el 85.1% están desaprobadas y el 14.9% presentan un conocimiento aprobatorio sobre los cuidados de paciente en etapa terminal. Realizada la prueba estadística se identifica que no hay relación de dependencia entre la situación laboral y el conocimiento de los cuidados de paciente en etapa terminal ($p > 0.05$).

TABLA N° 07: CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL SEGÚN TIEMPO DE LABOR HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL A. MARISCAL LLERENA” AYACUCHO 2012

TIEMPO DE LABOR	CONOCIMIENTO				Total	
	APROBADO		DESAPROBADO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 5 años	2	9.5	19	90.5	21	100
5 a 10 años	2	28.6	5	71.4	7	100
10 a 15 años	4	23.5	13	76.5	17	100
Mayor 15 años	3	10.3	26	89.7	29	100
TOTAL	11	14.9	63	85.1	74	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	2.989(a)	3	.393

En la presente tabla, se observa que del total de profesionales de enfermería evaluados del Hospital Regional de Ayacucho; el 100% que oscilan entre los años de labor menor de 5 años, el 90.5% esta desaprobada y solo el 9.5% están aprobados. Del 100% de profesionales entre 5 a 10 años, el 71.4% están desaprobados y sólo el 28.6% están aprobados. De los profesionales de 10 a 15 años el 76.5% están desaprobados y el 23.5% están aprobados respecto al conocimiento de los cuidados de pacientes en etapa terminal. De los profesionales de enfermería mayores de 15 años el 89.7% están desaprobados, mientras que el 10.3% están aprobados. Los años de labor de los profesionales de enfermería es independiente del mayor o menor conocimiento, la prueba estadística corrobora este grado de independencia entre ambas variables ($p > 0.05$).

TABLA N° 08: CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL SEGÚN ANTECEDENTES. HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” AYACUCHO 2012

ANTECEDENTES	CONOCIMIENTO				Total	
	APROBADO N°	%	DESAPROBADO N°	%	N°	%
SI	5	16.7	25	83.3	30	100
NO	6	13.6	38	86.4	44	100
TOTAL	11	14.9	63	85.1	74	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	<i>Valor</i> .129(b)	<i>gl</i> 1	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i> .719
--------------------------------	-------------------------	----------------	--

En la presente tabla, se observa que del total de profesionales de enfermería evaluados del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% que no tuvo o no tiene algún familiar o conocidos con enfermedad terminal, el 86.4% tienen un conocimiento desaprobado y solo el 13.6% aprobado. Del 100% de profesionales que si tienen conocidos con enfermedad terminal, el 83,3% tienen un conocimiento desaprobado y el 16.7% aprobado. Tener o no tener un conocido con enfermedad terminal es independiente del mayor o menor conocimiento, la prueba estadística corrobora este grado de independendencia entre ambas variables ($p > 0.05$).

TABLA N° 09: CONOCIMIENTO SEGÚN CAPACITACION SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” AYACUCHO 2012

CAPACITACION	CONOCIMIENTO				Total	
	APROBADO	DESAPROBADO				
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	4	20	16	80	20	100
No	7	13.0	47	87.0	54	100
Total	11	14.9	63	85.1	74	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	<i>.571(b)</i>	<i>1</i>	<i>.450</i>

En la presente tabla, se observa que del total de profesionales de Enfermería evaluados del Hospital Regional de Ayacucho; del 100% de profesionales que no recibió capacitación en cuidados de enfermería en pacientes en etapa terminal, el 87% están desaprobados y solo el 13% están aprobados. Del 100% de los profesionales que recibieron capacitación en cuidados de Enfermería en pacientes en etapa terminal, el 80% están desaprobados y solo el 20% están aprobados. La capacitación en cuidados de enfermería en pacientes en etapa terminal de los profesionales de Enfermería es dependiente del mayor o menor conocimiento, la prueba estadística corrobora este grado de dependencia entre ambas variables ($p < 0.05$).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La Tanatología pueda definirse etimológicamente como “la Ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte” (dar razón a la esencia del fenómeno); es el estudio de la muerte y del proceso que lleva a ella. Es la disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos y está enfocada, no sólo a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal médico que lo atiende, un lazo de confianza, sino también, esperanza y buenos cuidados que ayuden a morir con dignidad. Los objetivos de la tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo. ⁽¹⁰⁾

Según la OMS, paciente terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses). ⁽¹²⁾

Los enfermos terminales requieren por tanto unos cuidados muy continuos para esa sintomatología cambiante que no serán cuidados “intensivos” sino cuidados muy intensos, aplicados en un entorno multidisciplinar, bajo la filosofía de los Cuidados Paliativos, que se basa en una concepción global, activa e integral de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, no solo controlando el dolor y otros síntomas molestos sino también el sufrimiento , para conseguir que estos

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

Los profesionales de enfermería tienen que estar preparados para asistir, entender, acompañar y ayudar a cualquier ser humano en los difíciles momentos en los que se convierte en un paciente terminal y todo el proceso que sigue hasta la muerte.

En tabla Nº 01 nos demuestran el conocimiento sobre cuidados del profesional de enfermería en pacientes en etapa terminal, en este sentido las cifras no son alentadoras porque nos indican que del 100% de los profesionales de enfermería de los servicios internos del Hospital Regional de Ayacucho, el 85.1% tiene conocimiento desaprobado respecto a los cuidados en pacientes en etapa terminal y sólo el 14.9% tiene conocimiento aprobado sobre los cuidados en pacientes en etapa terminal. Concordamos con Martínez-Torres en el estudio "Evaluación del conocimiento sobre cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería de un Centro Médico Nacional" México, 2009 ⁽⁵⁾ y también con Pedro Manuel Navarro Ferrer en el estudio "Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud" Santiago de Cuba-Cuba, 2009 ⁽²⁾; en el que concluyen que los profesionales de enfermería no posee aún los suficientes conocimientos acerca de los cuidados tanatológicos, así mismo, desconocen la importancia y los beneficios que proporcionan al otorgar cuidados tanatológicos al paciente y familiares que atraviesan por este proceso, aun la misma institución no está

preparando a su personal para enfrentar este suceso, olvidando el objetivo principal de la misma profesión que es el arte del cuidado, dentro del cual se encuentra implícito el cuidado holístico, integral, humanístico, de calidad, con calidez, efectivo y eficaz, pautas que permiten concretar de manera específica, los cuidados tanatológicos. El personal de Enfermería desconoce el objetivo principal de la tanatología, a quiénes va dirigido el uso de los cuidados paliativos y la finalidad de los mismos, las fases del proceso de duelo por las cuales atraviesan los pacientes en fase terminal (familia) y la existencia de la Carta de los Derechos del Paciente en Fase Terminal ⁽⁵⁾; este desconocimiento se debe a la falta de información, interés, motivación, capacitación, orientación; (Tabla Nº 04, 09) ya que, el personal debe estar familiarizado con este tipo de cuidados para que asista de manera adecuada al paciente terminal que está enfrentando el proceso, para que su actuar posea estrategias que respondan a la complejidad de dicho suceso. Sólo de esta forma podrá abordar adecuadamente cada condición, favoreciendo al paciente en fase terminal para que obtenga calidad de vida mediante intervenciones que brinden confort al paciente, de beneficio a él, familia y personal de enfermería. Así mismo, la institución será percibida positivamente, mejorando la imagen de la enfermería ante la sociedad para pasar del curar al aliviar, es decir, que aquel que esté muriendo acepte el final, encontrando el verdadero sentido al proceso de la muerte.

A este respecto, es importante considerar que la base de conocimientos que fundamentan la práctica profesional de Enfermería es amplia, como

resultado de los cambios en la conceptualización sobre el ser humano y sus fenómenos biológicos, emocionales y la influencia del contexto sobre él. A pesar de que han transcurrido algo más de 10 años entre la realización de los estudios citados y el presente, la situación continúa igual; esto podría indicar que la falta de motivación y compromiso no es sólo de las instituciones sino de los profesionales de enfermería que no han asumido el liderazgo que les corresponde para proponer y mantener las políticas institucionales sobre el cuidados en los pacientes con base en las teorías de Enfermería y las metodologías propias de la disciplina.

En tabla N° 02 nos demuestran el conocimiento según edad donde, el grupo de profesionales entre 36 a 40 años alcanzó un conocimiento aprobado (23.1%), y los profesionales mayores de 40 años alcanzaron un conocimiento desaprobado (85.7%); concordamos con Juan Guillermo Rojas en el estudio "Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo" Medellín 2007 ⁽⁷⁾, donde el grupo de profesionales entre 30 y 34 años el 31.5% alcanzó un nivel bueno de aptitud clínica en contraste con el 21% que obtuvo un nivel bajo. A su vez, en el grupo de encuestados con 45 y más años la totalidad se ubica en un nivel de aptitud clínica entre muy bajo y mediano. Aunque ello como se muestra, mayoritariamente no es indicativo de un conocimiento acertado y profundo sobre el conocimiento, lo cual es corroborado con la prueba del Chi cuadrado realizado ($p > 0.05$).

En la Tabla N° 03, se observa los resultados según género de los profesionales de Enfermería que del 100% de encuestados, el 91.9 % son de género femenino, de los cuales el 85.3% tienen un conocimiento desaprobado; y 8.1% son de género masculino alcanzando un 83.3% de conocimiento desaprobado, concordamos con Martínez-Torres en el estudio “ Evaluación del conocimiento sobre cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería de un Centro Médico Nacional” México, 2009 ⁽⁵⁾, donde encontró que del 100% de encuestados el 93% corresponde al género femenino y el 7% al género masculino. Aunque ello como se muestra, mayoritariamente no es indicativo de un conocimiento acertado y profundo sobre el conocimiento, lo cual es corroborado con la prueba del Chi cuadrado realizado ($p>0.05$).

En la Tabla N° 04, se observa los resultados según nivel de estudio de los profesionales de enfermería. Del 100 % de profesionales con varios niveles de estudio, el total esta desaprobado. Del 100% de los profesionales con Licenciatura, el 95.3% están desaprobadas y sólo el 4.7% están aprobadas. Y del 100% de profesionales con especialidad, el 64.7% están desaprobados y 35.3% presentan un conocimiento aprobado sobre los cuidados de paciente en etapa terminal. Se puede observar de lo antes mencionado que los profesionales con especialidad tienen el mayor porcentaje de conocimiento aprobado en relacion a los otros niveles de estudio. Concordamos con Juan Guillermo en el estudio titulado “Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las

taxonomías en 12 unidades de cuidados intensivos de Medellín Colombia 2007”⁽⁷⁾. Refiere que entre los encuestados que tienen especialización el 35.2 % registra un nivel de aptitud clínica muy bajo, en contraste con el 23.3 % con un nivel de aptitud clínica entre bueno y muy bueno. De los encuestados que tiene diplomado, el 71.4% tiene un nivel de aptitud clínica bajo. El nivel de formación permite a los profesionales de enfermería tener un mejor conocimiento sobre las diferentes actividades a tener en cuenta en los cuidados paliativos en pacientes terminales; por lo tanto generará una mejor disposición para cubrir las diferentes necesidades que presenta una persona en esta etapa que le toca vivir.

Las personas con un grado de instrucción alto suelen interesarse más en los Cuidados de Enfermería ya que se suelen basar en conocimientos científicos y no a la experiencia ni conocimientos empíricos.

De esto se puede concluir que el nivel de estudio mejora el conocimiento sobre los cuidados que se brinda a pacientes en etapa terminal. La prueba de chi cuadrado muestra la relación de dependencia entre el conocimiento y el nivel de estudio que presentan ($p < 0.05$).

En la Tabla N° 05, se observa los resultados según servicio que labora los profesionales de Enfermería. Del 100 % de profesionales de UCI General, el total están desaprobados. Y del 100% de profesionales de Neonatología, el 72.7% están desaprobados y 27.3% presentan conocimiento aprobatorio

sobre los cuidados de paciente en etapa terminal, ya que el mayor porcentaje de especialistas laboran en este servicio (Tabla 03).

Es verdad que para los profesionales de enfermería el cuidado es su razón de ser, pero el resto de los profesionales deben convertirse en mayor medida en cuidadores, no en sanadores. El cuidado como medio y la calidad de vida y el confort como finalidad son los objetivos que debemos tener los cuidadores durante la fase final de la vida. Como muy bien definió el subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE, el 5 de mayo de 1991, los Cuidados Paliativos son: La asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y su familia. ⁽²⁰⁾

Hecha la prueba estadística se identifica que no hay relación de dependencia entre el servicio que labora y el conocimiento de los cuidados de paciente en etapa terminal ($p > 0.05$). Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente; es claro manifestar que no importa en qué servicio pueda laborar el profesional de enfermería, éste debe de mantener un conocimiento y una actitud que devenga de ésta que permita cubrir las necesidades del paciente terminal y su familia.

En la Tabla N° 06, se observa los resultados según situación laboral de los profesionales. Del 100% de profesionales contratadas, el 85.2% están desaprobadas y sólo el 14.8% están aprobadas. Del 100% de profesionales nombradas, el 85.1% están desaprobadas y el 14.9% presentan conocimiento aprobatorio sobre los cuidados de paciente en etapa terminal. En la población de estudio, encontramos más profesionales con modalidad de nombramiento en relación a las contratadas y teniendo este mayor porcentaje de conocimiento desaprobado ya que la mayoría son licenciadas y ya no se capacitan en cuidados de enfermería en pacientes en etapa terminal (tabla 04, 09). En cuanto a los profesionales con modalidad de contrata, en su mayoría cuenta con una especialidad presentando mayor porcentaje de conocimiento aprobada. En nuestra realidad se observa que los profesionales con modalidad de contrato se especializan en busca de una situación laboral estable, mientras que los profesionales con modalidad de nombramiento tienden a ya no capacitarse o especializarse debido a que ya tienen una situación laboral estable, la cual esto se refleja en el presente estudio (tabla 04, 06, 09). También uno de los problemas que se origina cuando los profesionales son contratados, es cuando estos son retirados de la institución lo cual afecta la continuidad del cuidado y también la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, esto hace que los profesionales se limiten a ejecutar intervenciones derivadas del diagnóstico médico o protocolos de los servicios, sin ofrecer un cuidado individualizado específico o independiente de enfermería según la necesidad del paciente. La prueba de chi cuadrada corrobora los resultados obtenidos ($p > 0.05$).

Cuando en nuestra profesión hemos adoptado el cuidado como paradigma el concepto del mismo ha ido cambiando y adaptándose a cada una de las circunstancias de nuestra vida profesional. En esta reflexión sobre el cuidado al paciente en estado terminal “con cuidado y transformarla en el objetivo de nuestro aporte: cuidar con cuidado y no solo como un juego de palabras, sino como el centro de nuestro que hacer con el paciente en estado terminal”. ⁽²⁰⁾

Por ello nos debe llamar a la atención que no importa el nivel o situación laboral para tener un conocimiento mayor o menor sobre los cuidados al paciente moribundo, tenemos que tener en cuenta que es una persona que en ese momento de su vida requiere de nuestro “mayor cuidado”. La prueba de chi cuadrada corrobora los resultados obtenidos ($p > 0.05$).

En la Tabla N° 07, se observa que del total de profesionales de enfermería; el 100% que oscilan entre los años de labor menor de 5 años, el 90.5% están desaprobados y solo el 9.5% están aprobados. Del 100% de profesionales entre 5 a 10 años, el 71.4% están desaprobados y sólo el 28.6% están aprobados. Concordamos con Juan Guillermo en el estudio titulado “Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidados intensivos de Medellín Colombia 2007” ⁽⁷⁾, donde encontró que, del 50% de los encuestados cuenta con una experiencia menor o igual a 3 años, teniendo estos un promedio de 4.49 de conocimiento desaprobado, lo cual se compara con las cifras encontradas en el estudio donde se puede observar

que el 90.5% de los profesionales que tienen laborando menos de 5 años tienen un conocimiento desaprobado. Los años de labor de los profesionales de Enfermería es independiente del mayor o menor conocimiento, la prueba estadística corrobora este grado de independencia entre ambas variables ($p > 0.05$). Por otro lado, las políticas de algunas instituciones promueven la vinculación de profesionales con poca experiencia cuando se abren servicios con el propósito de capacitarlos y orientar su desempeño laboral hacia el cumplimiento de sus metas y objetivos. Dadas las características de los pacientes en etapa terminal, el profesional de Enfermería debe poseer unas competencias cognitivas y procedimentales específicas que le permitan tomar decisiones para resolver e intervenir asuntos críticos del cuidado. Sin embargo, más allá del tiempo, la experiencia se adquiere cuando las ideas preconcebidas y las expectativas son contradichas o matizadas por una contingencia real. Para la toma de decisiones humanas de carácter complejo, como ocurre en el cuidado de enfermería al paciente en etapa terminal, los conocimientos profesionales facilitan la interpretación de situaciones clínicas, el desempeño de la función asistencial y el desarrollo de la profesión de enfermería. Por otro lado, respecto a la experiencia, Benner⁽⁵⁾ aplica el modelo Dreyfus de adquisición de habilidades o de capacitación profesional para clasificar a los profesionales de enfermería en cinco categorías: principiante, principiante avanzado, competente, aventajado y experto. Los profesionales de enfermería participantes en este estudio se encuentran principalmente entre las categorías de principiante y experto. Los principiantes, tienen como características la carencia de experiencia en

lo que habrán de desempeñarse, se le proporcionan reglas o pautas no supeditadas a situaciones concretas y su postura ante las normas es limitada e inflexible; a su vez, los expertos han logrado un desempeño aceptable a partir de la experiencia recogida bajo la supervisión de un tutor.

En la Tabla N° 08, se observa que del total de profesionales de enfermería; del 100% que no tuvo o no tiene algún familiar o conocidos con enfermedad terminal, el 86.4% tienen conocimiento desaprobado y solo el 13.6% aprobado. Del 100% de profesionales que si tienen conocidos con enfermedad terminal, el 83,3% tienen conocimiento desaprobado y el 16.7% aprobado. Tener o no tener un conocido con enfermedad terminal es independiente del mayor o menor conocimiento, la prueba estadística corrobora este grado de independencia entre ambas variables ($p > 0.05$).

Existen condicionantes que determinan la relación necesaria para que surja la intimidad del cuidado y no necesariamente lindan con la familiaridad, estos atributos son la confianza, es decir la virtud por la que el usuario confía en el profesional de enfermería y para el que se tiene deber de secreto de lo que deposita y que requiere de él, competencia y capacidad de comunicación y escucha. La comprensión, que va más allá de la empatía, se basa en la credibilidad de la enfermera ante el paciente. La intimidad del cuidado se caracteriza porque se apoya en una relación de proximidad, con lo que el usuario se ve obligado a ponerse al descubierto para la aplicación de acciones de cuidado terapéutico, y confía en que la enfermera entre en su intimidad desde la confidencialidad. Aparece por tanto, la necesidad de

guardar un espacio íntimo, tanto en lo físico como en lo relacional, para ser utilizado únicamente para el cuidado. Debemos tener siempre presente otro aspecto de la intimidad, lo íntimo, lo que no se muestra y constituye lo más propio, marcando la propia libertad que acompaña al ser humano durante toda la vida y en los momentos de su muerte. Intimidad, por tanto, tendría ahora una acepción distinta, es como la parte reservada, lo que se guarda para uno, lo que le lleva a encontrar la felicidad, aquello que se refiere a lo más particular de los pensamientos, de los afectos ocultos, los interiores de una persona; el que cuida, no entra en lo íntimo de la persona visto desde este enfoque, pero debe saber de su existencia para respetarlo. ⁽²¹⁾

Por ello es independiente el mayor o menor conocimiento de los cuidados en el paciente terminal de haber tenido o no la experiencia de un familiar o conocido, porque la deontología genera y permite una postura única del profesional de enfermería ante un paciente con esta característica. La prueba estadística corrobora este grado de independencia entre ambas variables ($p > 0.05$).

En la Tabla N° 09, se observa que del total de profesionales de enfermería; del 100% de profesionales que no recibió capacitación en cuidados de Enfermería en pacientes en etapa terminal, el 87% están desaprobados y solo el 13% están aprobados. Del 100% de los profesionales que recibieron capacitación en cuidados de enfermería en pacientes en etapa terminal, el 80% están desaprobados y solo el 20% están aprobados. Martínez-Torres en el estudio "Evaluación del conocimiento sobre cuidados tanatológicos y

su aplicación por el personal de enfermería de un Centro Médico Nacional” México, 2009 ⁽⁵⁾ refiere, que los estudios de especialización en cuidados y diplomados son alternativas que les permite adquirir las competencias cognitivas y procedimentales para su desempeño laboral y responder a las demandas del cuidado al paciente. En Colombia, el Decreto 2309 de 2002 definió el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reglamentado por las Resoluciones 1445 y 1043 de 2006 y sus Anexos Técnicos ⁽⁵⁾. Este sistema incluye los estándares del proceso de atención al cliente asistencial y las condiciones que deben cumplir las instituciones para habilitar sus servicios, al igual que las competencias técnicas del personal y la certificación requerida. En las unidades de alta complejidad, el recurso humano debe tener entrenamiento específico, debidamente certificado; en el presente estudio se observa que la mayor población solo cuenta con la licenciatura y pocos cuentan con especialidad tabla (Nº 04), situación que no podría favorecer la utilización de la metodología en la provisión de los cuidados y por ende no contribuye a que en las instituciones se cumpla el requisito de tener el equipo de enfermería con la respectiva certificación. No obstante, hay que tener en cuenta que la institución no apoya a los profesionales en la capacitación ya que cada profesional se capacita con su dinero, esto también es una brecha ya que los profesionales no se encuentran motivados e identificados con su institución de labor, pero no por ello algunos profesional dejan de capacitarse. También podemos decir que las capacitaciones no llegan a cumplir el 100% de las metas planteadas ya

que los resultados en el estudio nos indican que la mayor parte de los profesionales que tiene capacitación en pacientes en etapa terminal tienen un nivel de conocimiento desaprobado quizá porque no ponen en práctica los conocimientos adquiridos o solo se capacitan para adquirir un certificado, siendo esto un problema; a lo antes mencionado, es importante considerar que la base de conocimientos que fundamentan la práctica profesional de enfermería es amplia, ya que los cambios en la conceptualización sobre el ser humano y sus fenómenos biológicos, emocionales y la influencia del contexto sobre él, van cambiando y por ende el profesional de enfermería debe capacitarse constantemente y poner en práctica todos sus conocimientos.

En este contexto, la presente investigación pretende presentar estos resultados con la finalidad de mejorar la mirada hacia el paciente en etapa terminal, así como identificar el conocimiento y por lo tanto la actitud del profesional de enfermería a fin de fortalecer la profesión en nuestra región y país.

CONCLUSIONES

- El paciente terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico; los profesionales de Enfermería tienen que estar preparados para asistir, entender, acompañar y ayudar a cualquier ser humano para brindar una mejor calidad de vida.
- Los profesionales de enfermería de los servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Ayacucho, tiene conocimiento desaprobado respecto a los cuidados en pacientes en etapa terminal.
- La edad de los profesionales de enfermería de los servicios internos del Hospital Regional de Ayacucho, mayoritariamente no es indicativo de un mayor o menor conocimiento sobre los cuidados de enfermería de pacientes en etapa terminal ($p>0.05$).
- El género no es indicativo de un conocimiento acertado y profundo sobre el cuidado del paciente en etapa terminal ($p>0.05$).
- Los profesionales de enfermería con especialidad y los que laboran en el servicio de Neonatología presentan un mayor conocimiento

aprobado en cuidados de pacientes en etapa terminal. El nivel de estudio mejora el conocimiento (es dependiente) sobre los cuidados que se brinda a pacientes en etapa terminal ($p < 0.05$).

- En cuanto a la situación laboral y el tiempo de labor, existen más profesionales nombradas en relación a las contratadas; sin embargo esta no es una condición (es independiente) de un mayor o menor conocimiento de los cuidados en el paciente terminal ($p > 0.05$).
- Los profesionales de enfermería que tuvieron o no algún familiar o conocidos con enfermedad terminal, presentan conocimiento desaprobado en cuidados en etapa terminal. Tener o no un conocido con enfermedad terminal es independiente del mayor o menor conocimiento ($p > 0.05$).
- En relación a las capacitaciones que recibieron los profesionales de enfermería, indican que la mayor parte de los profesionales tiene conocimiento desaprobado, la prueba estadística corrobora que no hay relación de dependencia entre la capacitación y el conocimiento de los cuidados de paciente en etapa terminal ($p > 0.05$).

RECOMENDACIONES

Como resultado del presente estudio se recomienda:

1. Al Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho y la Jefatura del Departamento de Enfermería, generar capacitaciones y actualización sobre Cuidados de Enfermería en paciente en etapa terminal para que los profesionales de enfermería estén preparados a enfrentar estos sucesos brindando cuidado holístico, integral, humanístico, de calidad, con calidez, efectivo y eficaz.
2. A los profesionales de enfermería tener que asumir el liderazgo que les corresponde para proponer y mantener las políticas institucionales sobre el cuidados en los pacientes con base en las teorías de enfermería y las metodologías propias de la disciplina en lo relacionado al cuidado de los pacientes en tapa terminal.
3. A los profesionales de enfermería a continuar capacitándose, para brindar un cuidado de calidad, con humanismo, con todos los conocimientos y avances tecnológicos; pero siempre teniendo en cuenta la ética y deontología.
4. A la Facultad de Enfermería incluir en las asignaturas relacionadas al cuidado del paciente hospitalizado un abordaje teórico y práctico que

permita un mejor conocimiento de los estudiantes sobre cuidados en paciente en etapa terminal.

5. A los estudiantes y bachiller de la Facultad de Enfermería, continuar con investigaciones respecto a cuidados paliativos, que permita incorporar más experiencias que favorezcan a la profesión y al mismo paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Ceballos, P.** "Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado", Edit.Rodas. SA, 1^{ra} Edición, Chile, 2010.
2. **Navarro, P.** "Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud", Santiago de Cuba, Cuba. 2008. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf051_209.htm
3. **León, Y. Suarez A.** "Nivel de conocimiento sobre cuidados y principios aplicados al paciente en etapa terminal en los estudiantes del III y VIII semestre de Enfermería del Decanato de Medicina – UCLA".
Venezuela.2005. Disponible en:
<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto.pdf>
4. **Garrido, A. Y Carmen, C.** "Nivel de conocimiento tanatológico en estudiantes de servicio social ", Vera Cruz, 2009. Disponible en :
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29289/1/tesis10.pdf>
5. **Martínez, M.** "Evaluación del conocimiento sobre los cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería de un centro médico nacional", México, 2010. Disponible en:
<http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf>
6. **Sánchez, M, Gutiérrez, A.** "Aspectos éticos acerca de los cuidados en etapas terminales de la vida en unidades de cuidados intensivos", Estados Unidos De Norteamérica, 2002. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_1_04/mie11104.htm

7. **Guillermo, J.** "Factores relacionados con la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las Taxonomías en 12 Unidades de Cuidado Intensivo de Medellín", Colombia, 2007. Disponible en:
<http://www.buenastareas.com>
8. **Blanco Picaba, A.** "Hablando de la muerte". Revista Medica., volumen 129. Nº 3. España. 2004.
9. **Enciclopedia Encarta.** Microsoft Corporation (2001). Disponible en:
http://html.rincondelvago.com/paciente_en_etapa_terminal_3.html
10. **Bravo M.** "Que es la Tanatología". Revista digital universitaria (Revista en línea) 2006. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol7>.
11. **Dominguez G.** "La Tanatologia y sus Campos de Aplicación" Editorial Paper S.A. México. 2009.
12. **Organización Mundial de la Salud.** "Paciente En Etapa Terminal".2001. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/82/821519.pdf>
13. **Centeno, C.** "Principios de medicina paliativa". En: manual de oncología. Editorial Pocket S.A. Universidad De Valladolid. 1999.
14. **Benitez, A. Salinas, M.**"Cuidados Paliativos y Atención Primaria, aspectos de Organización". Springer – Verlag Ibérica. Barcelona. 2000. Disponible en: <https://market.android.com>
15. **Mendinueta C, Astudillo E.** "Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia". Editorial Aguilar SA. 4ª Edición. Pamplona: EUNSA; 2002.

- 16. Contreras, M.** "Planificación de los cuidados al enfermo en situación terminal". Chile, 2008. Disponible en: <http://www.slideshare.net/prometeo39/cuidados-del-enfermo-terminal>
- 17. Domínguez, A. y Muñoz, D.** "Enfermería y el paciente en situación terminal". Revista En Enfermería, volumen 100. Nº 8. España.2002
- 18. Ministerio de Sanidad y de Consumo.** "Estrategia En cuidados paliativos del Sistema Nacional De Salud". Madrid. 2007. Disponible <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf>
- 19. Yagüe, F. y García, M.** "Actitud de los profesionales de enfermería en paciente en fase terminal". España.2002. Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>
- 20. Buisan, R.** "Cuidado del paciente terminal" España- Europa, 1991.
Disponible en:
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/sup3/suple8a.html>
- 21. Rivas H. y Nogales A.**"Los cuidados del confort en el final de la vida: Responsabilidad enfermera" Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid – España, 2005.
- 22. Jara I.** "Proceso de enfermería", editorial Bautista E.I.R.L. 1ra edición, Ayacucho-Perú, 2007.
- 23. GRAWHILL M.** "Metodología de la Investigación", Segunda edición España.1998.
- 24. Diaz,E.**"El conocimiento científico", Ed. Universitaria de Bs.As. Volumen 1 y 2, España. 2000.

- 25. Almeida R.** "Manual de la enfermería" Editorial Cultura, SA, Madrid-España, 2005.
- 26. Hernández SR, Fernández-Collado C, Baptista LP.** "Metodología de la Investigación". 4ta. Ed. México: Mc Graw Hill; 2006.
- 27. Polit DF, Hungler BP.** "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". 6ta. Ed. México: Mac Graw Hill; 2000.

ANEXOS

2. *¿Como define Usted a los cuidados paliativos?*

3. *El enfermo terminal requiere de una serie de acciones por parte del Profesional de Enfermería conocidas como cuidados paliativos, marque con una cruz las cualidades que los caracteriza:*

- Atención integral*
- Tratar al enfermo y la familia como una unidad a tratar*
- Promueve la autonomía y la dignidad*
- Concepción terapéutica activa*
- Control de los síntomas*
- Apoyo emocional y comunicación*
- Aceptación de su creencia y cultura*
- Promover la atención en equipo multidisciplinario.*

4. *La actividad brindada al paciente por el personal de enfermería estarán encaminado a: (marque con una cruz)*

- Solo aliviar el dolor del paciente*
- Contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente y la familia*
- Contribuir con la familia en la toma de decisión para la hospitalización del paciente*
- acompañar al paciente en las diferente etapas del proceso de la muerte respetando su autonomía*

5. *La actividad brindada a la familia por el personal de enfermería estarán encaminado a: (marque con una cruz)*

- dirigida a disminuir la ansiedad*
- contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente y la familia*
- ayudar a las personas a aceptar la muerte del ser querido*
- designar a un familiar como único cuidador del paciente.*

Gracias por su colaboración.

CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL. (Cuestionario de evaluación de conocimiento, tomado de Pedro Manuel Navarro Ferrer. Policlínico docente "28 de Septiembre". Santiago de Cuba, 2009).

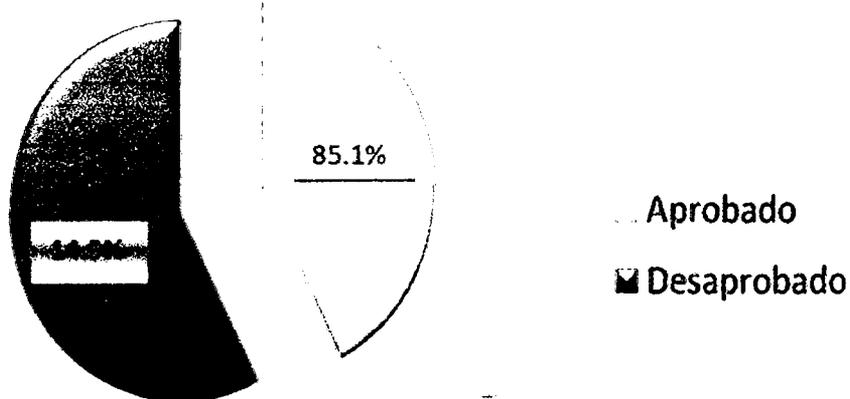
- Pregunta 1: 15 puntos
- Pregunta 2: a) 20 puntos b) 5 puntos
 - a) Si responde: es la atención específica, activa e recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades.
 - b) Si solo responde: es la atención específica que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada e incurable.
- Pregunta 3: 40 puntos (cada ítems tiene un valor de 5 puntos)
- Pregunta 4: 10 puntos (cada ítems correcto tiene un valor de 5 puntos)
- Pregunta 5: 15 puntos (cada ítems correcto tiene un valor de 5 puntos).

La puntuación total de las preguntas es de 100 puntos, los puntos de corte figuran de la siguiente manera:

- Aprobado: 75 – 100 puntos.
- Desaprobado: menores de 75 puntos.

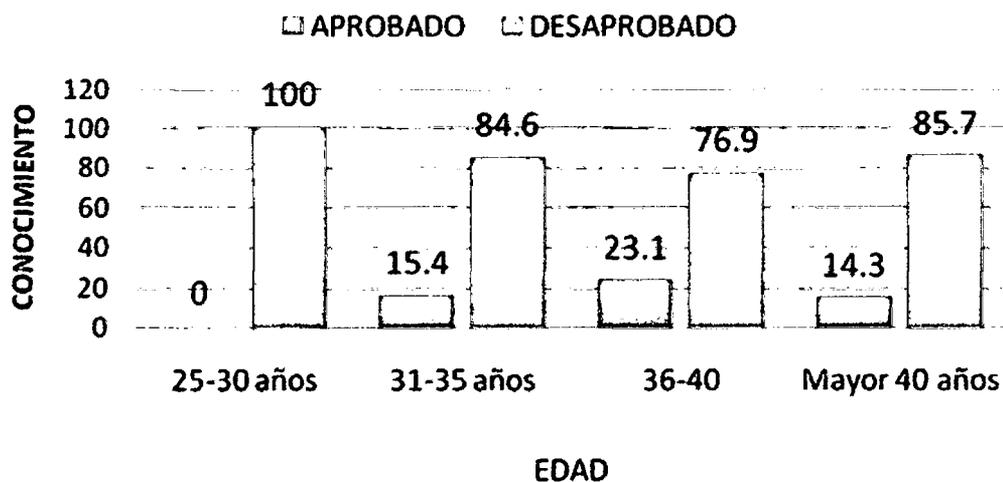
GRÁFICOS

GRAFICO Nº 01: CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL. HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" AYACUCHO 2012

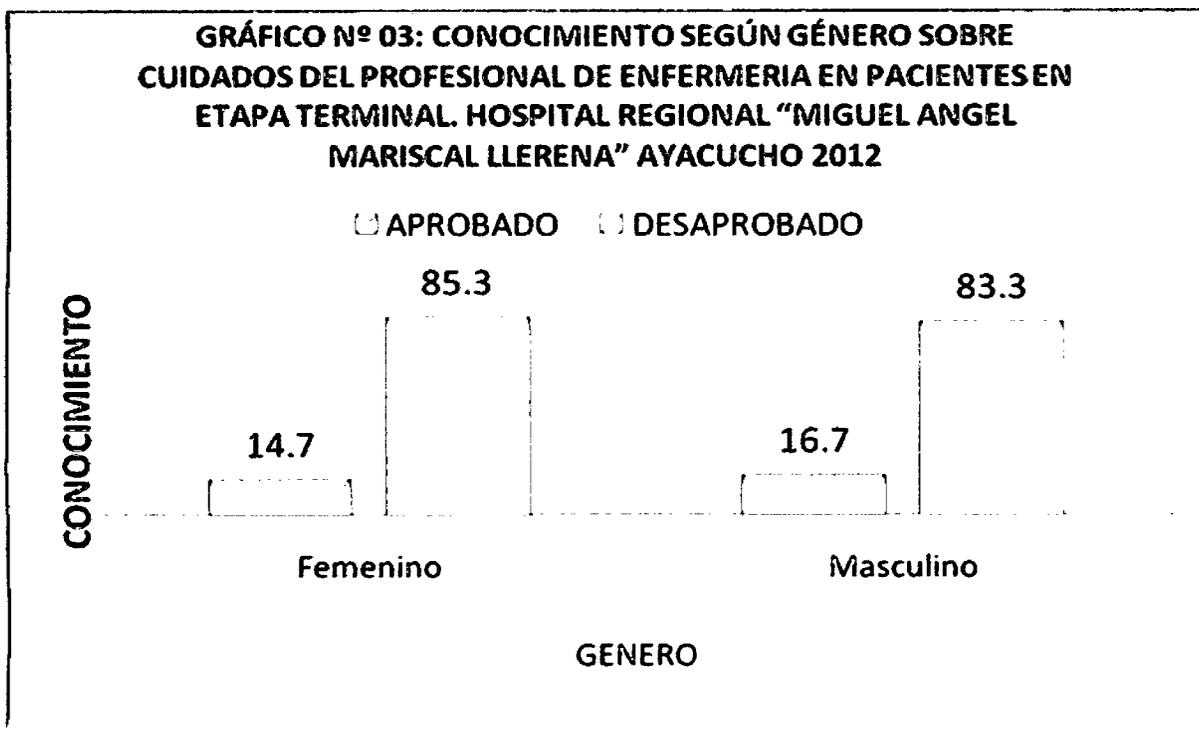


FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

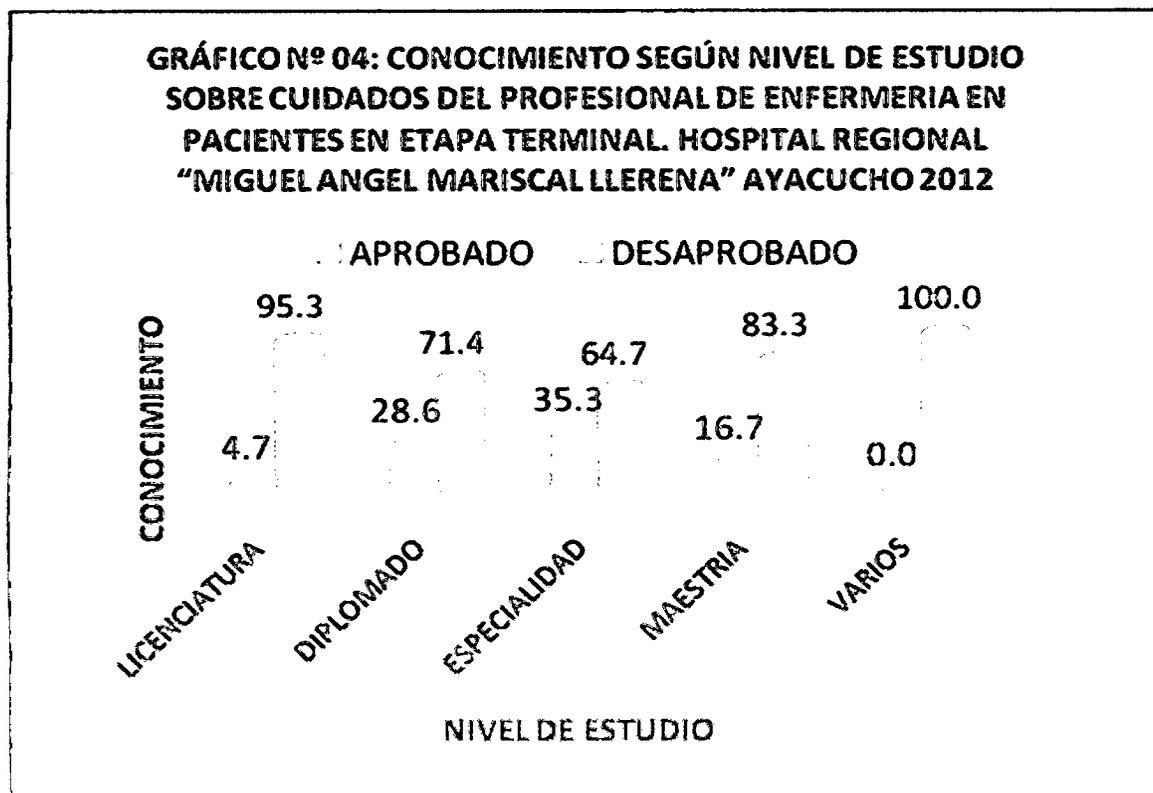
GRÁFICO Nº 02: CONOCIMIENTO SEGÚN EDAD SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL. HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" AYACUCHO 2012



FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

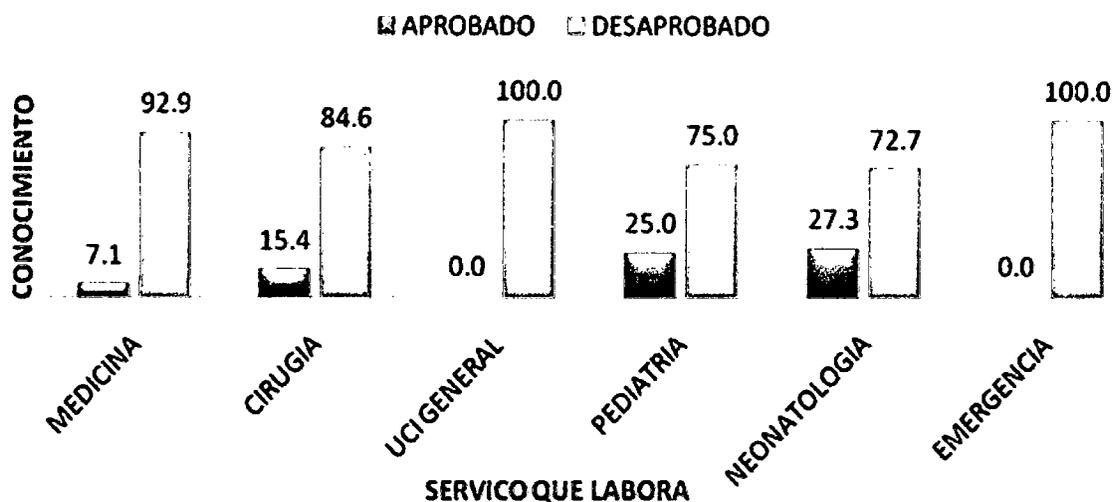


FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.



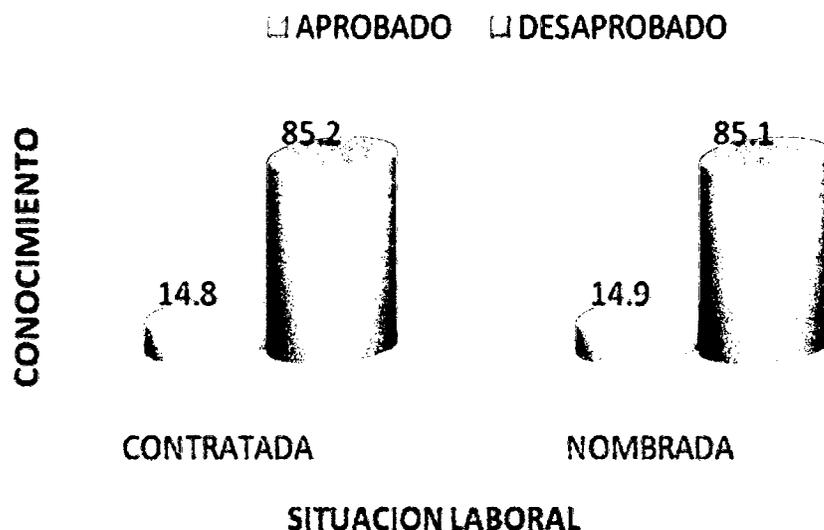
FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

GRÁFICO Nº 05: CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL SEGÚN SERVICIO QUE LABORA. HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" AYACUCHO 2012



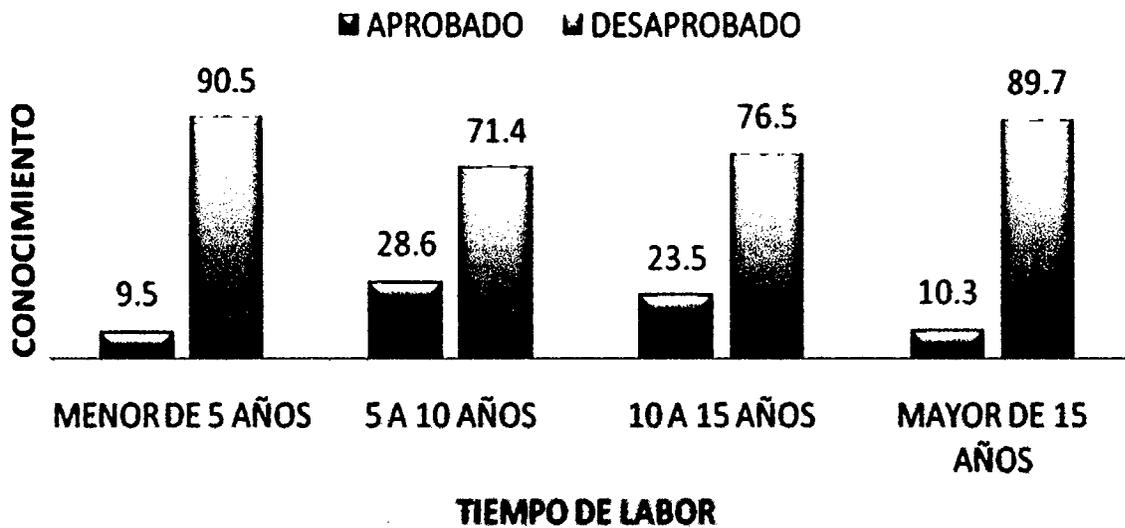
FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

GRAFICO Nº 06: CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL SEGÚN SITUACION LABORAL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" AYACUCHO 2012



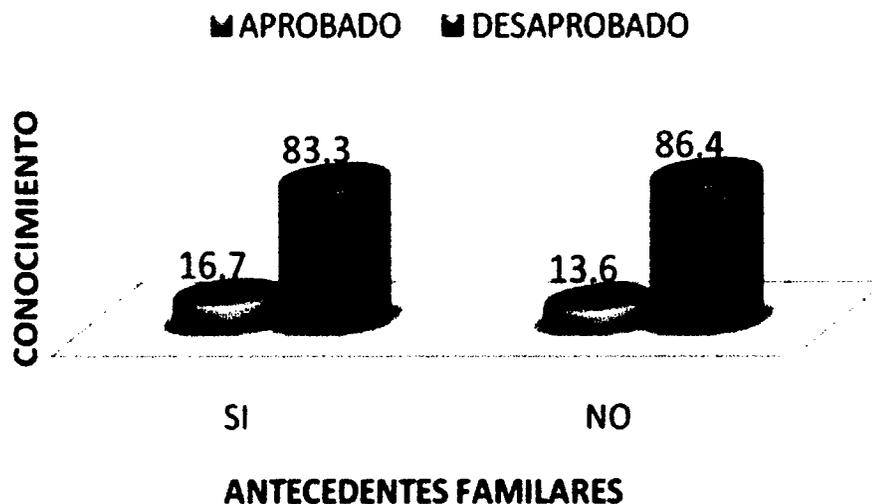
FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

GRÁFICO Nº 07: CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL SEGÚN TIEMPO DE LABOR HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL A. MARISCAL LLERENA" AYACUCHO 2012



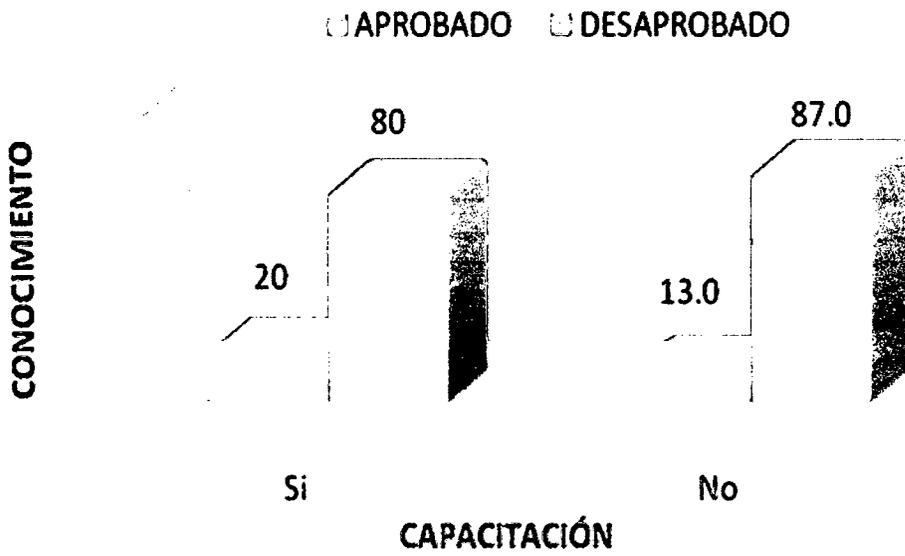
FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

GRÁFICO Nº 08: CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL SEGÚN ANTECEDENTES. HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" AYACUCHO 2012



FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.

GRÁFICO N° 09: CONOCIMIENTO SEGÚN CAPACITACION SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" AYACUCHO 2012



FUENTE: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería del HRA. Ayacucho, Enero 2012.



MEMORANDUM MULTIPLE N° 02-2012-DE-HRA

A :

Jefe del servicio de

DE : Lic. Julia Palomino Mayhua

Jefe del Departamento de Enfermería

ASUNTO : Brindar Facilidades

FECHA : Ayacucho, 03 de febrero del 2012

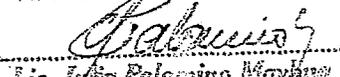
Mediante el presente comunico a usted, que deberá brindar facilidades a los Srs. Tesistas Lizeth Puente Del Pino y Lizett G. Morales Solís quienes recopilaran información de su servicio para realizar su trabajo de Tesis titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ETAPA TERMINAL DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO, 2012"

Lo que comunico a Usted para su conocimiento y apoyo.

Atentamente,

C.c.
Interesados
Archivo
JPM/Jef. Dpto. Enf.

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA


Lic. Julia Palomino Mayhua
C.E.P. 11932
JEFE