



POSGRADO DE ENFERMERÍA: ESPECIALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS

2da GENERACIÓN 2017-2019

CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN ESTADO
CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL NO. 1 “VICENTE GUERRERO” IMSS ACAPULCO

Presenta:

L.E: Calderón Flores Brianda Yorleny

Director externo:

M.C. E. Petra Rodríguez Hernández.

Acapulco de Juárez Guerrero 2019

DEDICATORIA

Eres una mujer que simplemente me llena de orgullo, esto es un logro más, y sin lugar a duda es en gran parte a ti mamá que has sido incondicional conmigo, siempre estando presente inculcándome valores, pero sobre todo por su amor.

A mi hermano Tony por su rigurosidad, que con su sabiduría e inteligencia tienes las palabras adecuadas para que siempre sea responsable, estas ahí para contenerme sabiendo que decir o que hacer, pero sobre todo por tu apoyo incondicional tus esfuerzos son impresionantes y tu amor para mi es invaluable.

A la fortaleza de mi papa,

A mis hermanas que de una u otra forma a lo largo de nuestras vidas han estado presentes, para reír, llorar y para solidarizarnos, por su amor y alegría muchas gracias..

A ti Juan Carlos ballesteros porque confías en mí, que con tu incondicionalidad siempre estas presente, empoderándome, que te la jugas por los tuyos, que tu compromiso no tiene fin, me permites sonreír ante cada logro que son resultado de tu apoyo y cuando caigo y me pones a prueba aprendo de mis errores y me doy cuenta que los genero perfectamente para que mejore como ser humano y crezca de diversas maneras, quien día a día se comprometía conmigo para que esto fuera posible, quien siempre tuvo las palabras correctas en el momento preciso, quien fue mi inspiración y con su amor incondicional no solo transforma la vida de las personas si no la mía, porque un gracias nunca será suficiente...

AGRADECIMIENTOS

A la M.C.E. Petra Rodríguez Hernández por su apoyo incondicional, cariño, paciencia, entrega, tiempo y confianza, pero sobre todo por guiarme con disciplina y sabiduría para la elaboración y defensa del presente trabajo, porque nadie puede amar tanto su trabajo como ella.

A la Coordinadora Eva Barrera García, por su apoyo en los ámbitos académicos, profesional y sobre todo en lo personal, porque me brindó confianza, porque su grandeza no tiene fin, por su incondicionalidad, por su amor y compromiso.

A mis amigos que han estado mano a mano conmigo, quienes han visto mi grandeza y por qué en momentos débiles han sido mi fortaleza (Nena, Jorge, Juliana, Tere, Alexis) gracias GAP 84, Gracias staff de EIP 90.

A las personas que han participado en este trabajo y a quienes quiero expresar mi gratitud por el apoyo u la confianza que me han prestado de forma desinteresada.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 OBJETIVOS	11
1.2.1 Objetivo general	11
1.2.2 Objetivos Específicos	11
1.3 HIPÓTESIS	12
1.4 JUSTIFICACIÓN	13
1.5 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	16

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 ESTADO DEL ARTE	21
2.1.1 Antecedentes	21
2.1.2 Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos	30
2.1.3 Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.	30
2.1.4 Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos	34
2.1.5 LA OMS	35
2.1.6 Conceptos	35

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio	65
3.2 Población	65
3.3 Plan de Muestreo	65
3.4 Criterios de selección:	65
3.5 Instrumento	65
3.6 Variables	66

3.7 Método de recolección de la información	66
3.8 Análisis de datos	66

CAPÍTULO 4
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS	68
4.2 Discusión	93
5.1 CONCLUSIONES	96
5.2 Recomendaciones	96
Trabajos citados	98

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Evaluación general de los cuidados paliativos antes de la capacitación	69
Tabla 2: Sexo	72
Tabla 3: Edad	73
Tabla 4: Estado civil del personal	74
Tabla 5: Formación académica	75
Tabla 6: Experiencia laboral	76
Tabla 7: Evaluación inicial a las necesidades del paciente que queda registrada en la historia clínica	77
Tabla 8: Personal de Enfermería revisa la evaluación de las necesidades del paciente periódicamente	78
Tabla 9: Personal de Enfermería contempla el apoyo a las necesidades de la familia o entorno cuidador del paciente en su Plan de Atención	79
Tabla 10: personal de Enfermería reevalúa periódicamente los objetivos terapéuticos del paciente	80
Tabla 11: El personal de Enfermería permite la confidencialidad con la comunicación y el trato con los pacientes	81
Tabla 12: El personal de Enfermería identifica y trabaja un plan de mejora continua de la calidad	82
Tabla 13: El personal de Enfermería conoce periódicamente la opinión y satisfacción de sus pacientes y familias	83
Tabla 14: El personal de Enfermería registra la educación del paciente y la familia en una documentación apropiada	84
Tabla 15: personal de Enfermería utiliza escalas validadas para la evaluación del dolor	85
Tabla 16: personal de Enfermería registra el control de síntomas y los resultados del plan terapéutico	86
Tabla 17: personal de Enfermería brinda cuidados paliativos a paciente en estado terminal de acuerdo a la norma oficial mexicana 011-SSA32014	87
Tabla 18: personal de Enfermería establecer los criterios y procedimientos mínimos indispensables que permitan presentar a través del equipo multidisciplinario de salud	88
Tabla 19: El personal de Enfermería registra todas las acciones que están relacionadas con el plan de cuidados paliativos	89
Tabla 20: personal de Enfermería brinda atención mediante aspectos psicológicos, sociales	90
Tabla 21: personal de Enfermería brinda cuidados paliativos con absoluto respeto, trato digno y profesional	91
Tabla 22: Cuidados paliativos físicos	92
Tabla 23: Cuidados paliativos psicológicos	93
Tabla 24: Cuidados paliativos social	94
Tabla 25: Evaluación de los cuidados paliativos en general	95

INTRODUCCIÓN

Todos sabemos que hemos de morir algún día pero nadie lo acepta realmente, la muerte es evidente, inevitable y universal.

En la actualidad es tal el avance de la medicina que se requiere que el equipo de salud este reunido para alcanzar eficacia plena, en la mayoría de las familias se piensa que el hospital es el lugar de la muerte normal, pero ahora ha dejado de ser admitida como evento natural necesario en el que lo más deseable es que el enfermo muera sin sobresaltos.

El papel de enfermería es fundamental en el tratamiento y los cuidados en el paciente en estado terminal, el contacto continuo lo lleva a establecer una relación de seguridad, el enfermero debe ser capaz de responder profesionalmente ante algún cuestionamiento pero también humanamente, ya que no solo está viviendo sus últimos momentos si no también una situación muy particular, que no puede vivir la persona que muere de manera repentina o que pasa sus últimas horas en estado de coma en un servicio de terapia intensiva.

Debemos tener en cuenta que hay normas y guías de prácticas clínica pero más allá de eso los cuidados deben ser flexibles ya que cada ser humano es único y el cuidado del mismo, está relacionado a la postura que adopte cada enfermero ante la persona que cuida.

Las actitudes de cada enfermero pueden ser positivas o negativas y debemos saber que tienen una consecuencia directa al enfermo es por ello la importancia de la calidad de los cuidados paliativos. Se ofrece una atención personalizada al paciente y a la familia orientando y asesorando en todos aquellos aspectos y dudas que tienen con respecto al proceso de atención.

La investigación en cuidados paliativos es relativamente joven, como joven es la disciplina.

CAPÍTULO 1
GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el 2005 en la ley general de la salud se adiciona el Art 166 mat cuidados paliativos lo cual se indica dentro del marco de la atención médica para una calidad total de atención. Esto es parte de un derecho a la salud constitucional para preservar la vida de las personas que se encuentran en estado terminal atendiendo aspectos como el dolor, físicos, psicológicos, sociales, espirituales y legales. Se requiere una interrelación estrecha con el equipo multidisciplinario y familiares ya que es el lugar donde se toman decisiones relacionadas con el final de la vida

Durante la primera residencia en la unidad de cuidados intensivos, en el Hospital General Regional N-1 IMSS Acapulco, se observó que no se aplican cuidados paliativos de acuerdo a las buenas prácticas y políticas de Guías de Práctica Clínica y Norma Oficial Mexicana al paciente en estado crítico, ya que no existe un protocolo que guie en la etapa terminal el manejo del dolor o los síntomas, así mismo el desinterés para aplicar cuidados paliativos, no se cuenta con recursos y desconocen que en la institución existe un programa ADEC encargado de brindar atención domiciliaria a enfermedades crónicas y solo cuenta con un médico y una trabajadora social por la mañana y una enfermera por la tarde, existe ausencia de estándares de calidad de servicios, al algunos profesionales desconocen el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden al tratamiento curativo como son: cáncer, diabetes mellitus insuficiencia renal crónica, enfermedades del corazón, enfermedades neurológicas

Ante esta situación, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo son los cuidados paliativos de enfermería al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital General Regional No. 1 IMSS Acapulco después de la capacitación?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Describir los cuidados paliativos en pacientes de estado crítico a través de la colaboración de enfermería en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital General Regional N-1 “Vicente Guerrero” IMSS Acapulco 2018.

1.2.2 Objetivos Específicos

Analizar los cuidados paliativos psicológicos para el paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos a través de la atención de enfermería del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” IMSS 2018.

Analizar los cuidados paliativos físicos para el paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos a través de la atención de enfermería del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” IMSS 2018.

Analizar los cuidados paliativos sociales para el paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos a través de la atención de enfermería del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” IMSS 2018

.

1.3 HIPÓTESIS

Los cuidados paliativos de enfermería al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” IMSS Acapulco son adecuados después de la capacitación

1.4 JUSTIFICACIÓN

A través de este trabajo se pretende promover el desarrollo de un programa de capacitación al personal profesional y técnico de la salud para adquirir habilidades mecánicas para una comunicación efectiva con pacientes y familiares ya que la mayoría se encuentran intubados, tienen deterioro neurológico o sedación profunda , se pretende que los cuidados se basen en las preferencias expresadas por el paciente y/o familiares ya que ellos conocen los patrones de respuesta de los enfermos y pueden predecir de manera satisfactoria la presencia o ausencia del dolor, siempre mostrando disponibilidad, con ello evitaremos sufrimiento en la etapa terminal.

Se propone fomentar la participación de enfermería y cuidados en la toma de decisiones al final de la vida y aportar información clara y satisfactoria, ya que esto va más allá de la relación enfermera-paciente ya que involucra al profesional desde el punto de vista afectivo

Que el personal multidisciplinario se apegue urgente a la normativa de nuestro país y las guías de práctica clínica, esto permitirá perfeccionar los programas de intervención para modificar los aspectos negativos y mejorar así la calidad de atención integral a nuestros pacientes en etapa terminal al final de la vida.

Lejos de considerar la muerte como un proceso natural, morir es una tragedia humana, lo que hace que el panorama sea desolador y nos hace más complicado aceptar la muerte en nuestra cultura,

Por ello el interés es indagar en la posibilidad de que el paciente muera bien con dignidad o al menos mejor de lo que hacemos ahora.

Considerar que se sigue permitiendo que el paciente muera con dolor, sin control de síntomas, tristes, desolados porque aún no se conoce suficiente y

desconocer sobre la muerte genera un enorme sufrimiento que no atendemos en el que no nos interesamos y fracasamos.

Con esto el paciente obtendrá un plan de atención personalizado y un beneficio importante, el consentimiento informado es fundamental para el principio de autonomía, ya que tendrá un manejo adecuado basado en el alivio del dolor, control de los síntomas y el tratamiento en las diferentes patologías y apoyo/capacitación a las personas que los cuidan, el equipo ha de cuidar especialmente el proceso de la familia, cuando afronta los momentos finales de la vida del enfermo y su pérdida, así como el trato digno y humanizado con valores y actitudes de todo el personal sanitario para llevar al paciente al bien morir, basándose siempre en brindar una calidad de muerte, cumpliendo con las necesidades específicas y preferencias del paciente, lo que obliga a planificar su atención mediante una evaluación continua, utilizando herramientas, y proponiendo modificaciones que consideren oportunas, con ello la mejora de la calidad de vida y el confort

La institución contara con personal altamente calificado para tratar pacientes en la etapa terminal al final de la vida, obtendrá un personal humanizado y de calidad, brindando cuidados paliativos, ya que contara con un protocolo, basado en guía de práctica clínica y en la norma oficial mexicana 011 SSA3 2014, que guíen al personal sanitario a aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de la atención al final de la vida del paciente termina muerte con ello explorar más detenidamente nuestras creencias y actitudes ante la muerte, cuando su personal este altamente informado y capacitado sobre esto disminuirá la tasa de reingresos del personal en etapa terminal al final de la vida a urgencias y así mismo el pase a la terapia.

El personal de enfermería será eficiente y estará preparado para enfrentar adecuadamente esta situación ya que cada día cobra mayor importancia, el profesional conocerá todo acerca de cuidados paliativos al paciente en la fase terminal y tendrá las herramientas necesarias, con esto podrá asumir su rol brindando una mejor atención no solamente al paciente si no a todas las personas que estén en contacto con el sin importar su sexo, educación, estado socioeconómico y cultural, tratando de enfocar sus actividades.

Con todo lo anterior, en una Unidad de Cuidados Intensivos se encuentran pacientes que pueden requerir cuidados paliativos independientemente de su pronóstico de vida. Actualmente no existen datos entre la atención al paciente en estado crítico y cuidados paliativos por lo que con el siguiente trabajo se pretende establecer una relación entre estos.

1.5 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Acapulco famoso puerto del estado de Guerrero, en México localizado en las costas del océano pacífico, inicio sus actividades hospitalarias en tiempo de la conquista ibérica. Desde el siglo XVI hasta el siglo XIX en Acapulco la atención hospitalaria estuvo prácticamente en manos religiosas no existían las condiciones culturales ni económicas para los servicios profesionales médicos, por razones de distancia de insuficientes conocimientos.

En 1957 principio la actividad hospitalaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Subrogando inicialmente los servicios al hospital civil. Fue hasta 1963 cuando se inauguró la unidad médico-social de Acapulco del IMSS la medicina en Acapulco inicio así el camino hacia la modernidad. A partir de esa fecha se empezó a construir un sistema médico estatal determinado por la dinámica de la población básicamente campesina, el hospital estaba formado por 113 camas, club juvenil, centro de seguridad social, oficinas administrativas, teatro al aire libre, zona deportiva.

El 6 de abril de 1992 fue reemplazado por el hospital General Regional N° 1 "Vicente Guerrero" del Instituto Mexicano del Seguro Social, hospital regional Vicente Guerrero, beneficiando así a la población con la atención médica. En Acapulco resurgió sistematizo y hubo expedientes clínicos, se discutían los casos clínicos y se practicaban auditorías médicas, los pacientes actuales suelen ser personas mayores con problemas crónicos degenerativos, accidentes vasculares cerebrales, diabetes, cardiopatías, discapacidades diversas. (fajardo-Ortiz nov 2006).

el Hospital General Regional N°1 “Vicente Guerrero” del Instituto Mexicano del Seguro Social de Acapulco, es de segundo nivel de atención médica , se encuentra ubicado en Av. Ruíz Cortines N° 7 progreso C.P.39610, siendo esta un área geográfica ya que se encuentran los más importantes hospitales.

Atiende al año 218 mil 484 consultas, de las cuales 188 mil 909 son consultas de especialidades, 29 mil 575 son consultas de urgencias, así como 946 mil 241 estudios de laboratorio.

Cuenta con 463 camas de ellas 331 son censables y 132 no censable con 39 consultorios de especialidad 12 quirófanos, radiodiagnósticos, laboratorio de análisis clínico, de anatomía patológica, hospitalización, diálisis peritoneal, hemodiálisis, acciones de medicina preventiva (vacunación). Vigilancia epidemiológica y cuenta con una plantilla de trabajadores de base y confianza.

En el 2015 gracias a las acciones medicas de grupos multidisciplinarios de especialistas del HGR logro incrementar el número de procuraciones de órganos y tejidos con fines de trasplantes colocándose entre las cinco delegaciones con mayor avance en este rubro.

En el 2001 logro su certificación y en el 2004 su re-certificación, de 1999 al 2005 el hospital ha participado en el concurso premio IMSS calidad, mismo que obtuvo en el 2005.(digitalguerrero2016).

En la sala del sexo piso del hospital general del CMN el doctor Rafael Alvares creo con dos camas la unidad de cuidados intensivos, la jefatura de enfermeras asigno enfermeras para que trabajaran únicamente en la unidad, este fue uno de los pasos decisivos para consolidar la UCI, porque el apoyo de enfermería en el manejo del enfermo en estado grave es y será fundamental. Las enfermeras de estos grupos lograron resultados sorprendentes en la atención de los pacientes graves, fueron pioneras en el curso básico de cuidados intensivos y las primeras que pudieron obtener la categoría de enfermería intensivista.

El IMSS es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y a la protección social de los mexicanos, para ello combina la investigación y la práctica médica con la administración.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que en 2016, de las 56.4 millones de defunciones registradas a nivel mundial, el 54% (30,456,000) fue provocado por Cardiopatía Isquémica y Accidente Cerebrovascular (Stroke) que ocasionaron 15.2 millones de defunciones y han sido las principales causas de muerte durante los últimos 15 años, continuando con Enfermedad Obstructiva Crónica Pulmonar obtuvo 3 millones de fallecimientos y las infecciones de vías respiratorias inferiores causaron 3 millones también, Cáncer de tráquea, bronquio y pulmón con 1.7 millones, Diabetes Mellitus alcanzó 1.6 millones y en quinto lugar fallecimientos atribuibles a la demencia, los accidentes de tránsito cobraron 1.4 millones, enfermedades diarreicas obtuvieron 1.4 millones de fallecimientos, tuberculosis con 1.3 millones y, a pesar de que estas dos últimas han tenido una disminución de muertes continúan dentro de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial. (OPS, 2012)

En América, de acuerdo a la OMS los resultados globales para el 2010-2013 indicaron que el homicidio fue la principal causa de muerte en el grupo de 10-24 años de edad (con tasa de mortalidad 20.4 por 100,000 habitantes) seguido de los accidentes de transporte terrestre (con tasa de mortalidad de 13.4 por 100,000 habitantes) y el suicidio (con 5.7 por 100,000 de tasa de mortalidad). En ese mismo periodo, el grupo de 25-64 años el primer lugar lo ocupan las cardiopatías isquémicas (con 35.9 muertes por cada 100,000 habitantes) seguido de las diabetes Mellitus (19.1 por 100,000) los homicidios igualaron la cirrosis y otras hepatopatías (con tasa de mortalidad de 18.3 muertes por cada 100,000). (OPS, 2012)

En México, para el año 2012 la principal causa de muerte fue Diabetes Mellitus con 87.6 miles seguido de enfermedades isquémicas del corazón con 76 mil, Stroke ocupa el tercer lugar con 33.1 miles de muertes, violencia interpersonal con 32.7 miles fallecimientos por esta causa, cirrosis hepática con 25.0 mil,

seguidos por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con 23.3 miles de muertes, Infecciones en vías respiratorias bajas que cobró la vida de 20.8 miles, enfermedad hipertensiva del corazón con 20.7 miles de fallecimientos, las lesiones en carretera obtuvieron la vida de 15.0 miles y como última causa dentro de las 10 primeras es para enfermedades renales con 15.0 miles de muertes a causa de este tipo de enfermedades. (OCDE, 2014)

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 ESTADO DEL ARTE

2.1.1 Antecedentes

Los cuidados paliativos se iniciaron en la década de los sesenta en los países anglosajones con el movimiento Hospice con el objetivo inicial de conseguir que los pacientes dispusieran de los días que les quedaran conscientes, libre del dolor. Cuidar a los moribundos no reducía el mismo por eso creo la teoría del “dolor total” que incluye elementos sociales emocionales y espirituales con los síntomas controlados y rodeados del entorno más cálido, la enfermera Cecily Saunders fundó el St. Christopher’s Hospice considerado la cuna de los cuidados paliativos, al principio contaba con 54 camas y un servicio a domicilio, posteriormente en Estados Unidos con la colaboración de la psiquiatra Elisabeth Kubler Ross se lograron desarrollar programas de Cuidados paliativos en Canadá y países europeos. Las tres últimas décadas han aportado a la visión de los cuidados paliativos la multiculturalidad como coexistencia de diferentes estructuras sociales. (Loncán, y otros, 2007)

En México los cuidados paliativos nacen en 1989 gracias al impulso de Silvia Allende Pérez en el Instituto de Cancerología, 1 año después se inició el programa de atención domiciliar y consulta externa en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). En el Hospital Dr. Juan I. Menchaca se abrió la primera Unidad de Cuidados Paliativos en 1992, ese mismo año Gustavo Montejo y la Dra. Silvia Allende elaboró el plan de trabajo en Monterrey sobre cuidados paliativos. Jorge Jiménez Tornero inició los Cuidados Paliativos en la Unidad de Oncología interdisciplinaria en 1993. (Pastrana, De Lima, Pons, & Centeno, 2013)

El 31 de diciembre del 2010 inicio el programa nacional de cuidados paliativos (PALIAR).

El 26 de diciembre del 2014 se publicó en DOF el acuerdo del consejo de salubridad general para la obligatoriedad de los esquemas del manejo integral de los cuidados paliativos, sumando a este proceso normativo hay un trabajo de

institucionalización del servicio en cuidados paliativos en los diversos sistemas de salud.

Ley de Garantías de Salud (Ley GES), Programa de Alivio del dolor y cuidados paliativos:

Esta ley obliga tanto a instituciones públicas como privadas a que ofrezcan cuidados paliativos a pacientes con cáncer avanzado y den cumplimiento a ciertas garantías (Pastrana, De Lima, Pons, & Centeno, 2013)

Ley en materia de cuidados paliativos (artículo 166 BIS)

Artículo 166 bis. El presente título tiene por objeto:

I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello:

II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal

II Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento (Pastrana, De Lima, Pons, & Centeno, 2013)

La Ley General de Salud en México dentro del capítulo II Atención Médica en los artículos 32 establece que por atención médica se entiende el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de promover y restaurar su salud, y en el 33 las actividades son: preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; curativas que tiene como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno y de rehabilitación que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales. (DOF, Ley General de SALUD, 1984)

El Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018 Vol. 2 México Incluyente con el objetivo de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y ampliar el acceso a la seguridad social a través de las estrategias

articular las políticas que tiendan de manera específica cada etapa de ciclo de vida de la población y mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. (Salud, Programa Nacional de Medicina y Cuidados Paliativos, 2016)

Artículos

El artículo “Una perspectiva global de los cuidados paliativos” intenta dar una respuesta profesional, científica y humana tanto a las necesidades de los enfermos en fase avanzada terminal como a la de sus familiares, Los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos son: 1) Atención al dolor, otros síntomas físicos, a las necesidades emocionales, sociales, espirituales y aspectos prácticos del cuidado de enfermos y familiares. 2) Información, comunicación, asegurando al enfermo ser escuchado, participar en las decisiones, obtener respuestas claras, honestas y expresar sus emociones. 3) Asegurar la continuidad asistencial a lo largo de su evolución, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados.

Frente a este aumento progresivo de las necesidades de cuidados paliativos, la capacidad de respuesta en América Latina y el Caribe es escasa: muchos países no satisfacen las demandas y se considera que sólo reciben cuidados paliativos entre el 5 y el 10% de los enfermos que los necesitan; más del 90% de servicios paliativos está en las grandes ciudades, y más del 50% de pacientes no puede pagar los servicios o la medicación. El 80% de las naciones no los reconocen como una disciplina y no los incluyen en los sistemas sanitarios públicos o privados. El nivel de atención primaria tiene un papel central en la atención integral en los pacientes con necesidades de atención más complejas, existen evidencias de los beneficios de la coordinación con equipos de cuidados paliativos. Las personas mayores de 60 años representan actualmente el 10% de la población en América Latina y el Caribe, cifra que se espera que aumente al 25% en el año 2050 si se mantienen las tendencias actuales. Este aumento en el número de personas mayores en la población general, junto con la transición epidemiológica que se está produciendo en

nuestra región hace esperar que en los próximos años, aumente el número de personas que van a necesitar cuidados paliativos, tanto ancianos como pacientes con enfermedades degenerativas, crónicas y cáncer. (Andrés Alberto Coello Rodríguez, Honduras 2012)

La revisión bibliográfica "Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos" con el objetivo de conocer las percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras de cuidados intensivos en el cuidado al paciente terminal, hecha en las bases de datos utilizando los términos de búsqueda cuidados paliativos, UCI, percepciones, experiencias, conocimientos y enfermería, con sus sinónimos en inglés, combinados con los booleanos AND y OR, y en 3 revistas especializadas en cuidados intensivos, de los 27 artículos seleccionados se identificó que a pesar de que las enfermeras perciben la necesidad de respetar la dignidad del paciente, brindar cuidados dirigidos al bienestar y favorecer la inclusión de la familia en el cuidado, existe una falta de conocimientos de los profesionales de enfermería de intensivos en el cuidados al final de la vida, esto revela que es necesario fomentar la formación de las enfermeras en cuidados paliativos y favorecer su soporte emocional, llevar a cabo un trabajo multidisciplinar efectivo y la inclusión de la enfermera en la toma de decisiones. (Piedrafita-Susín, Yoldi-Arzo, Sánchez-Fernández, Zuazua-Ros, & Vázquez-Calatayud, 2015)

"Conocimientos en cuidados paliativos del paciente no oncológico" tuvo como objetivo analizar los conocimientos en cuidados paliativos de un hospital en Murcia, España donde se realizaron 100 encuestas de opinión por muestra elegida a personal médico y de enfermería en un 50% cada uno, encontrando como resultado diferencias estadísticamente significativas entre médicos y enfermeros sobre los conocimientos acerca de limitación de esfuerzo terapéutico y el mantenimiento de la hidratación en el paciente con una enfermedad en fase terminal puesto que el 54% de la muestra considera que se emplea poco la sedación terminal en pacientes que podrían beneficiarse de la

misma y se observó una gran variabilidad en la respuesta sobre el tipo de cuidados que debería recibir siempre una persona (Hernández-Belmonte & Ferrer-Colomer, 2009).

El estudio cualitativo "Cuidado paliativo y los enfermeros de cuidados intensivos sentimientos que quedan" tuvo el objetivo de conocer los sentimientos de los enfermeros sobre los cuidados paliativos en unidades de cuidados intensivos para adultos, con la participación de 30 enfermeros en el estado de Santa Catarina, Brasil que fueron incluidos por muestreo tipo bola de nieve, datos que fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas realizadas entre abril y agosto de 2015, organizados y analizados utilizando el Discurso del sujeto colectivo mostró como resultado que las ideas centrales están relacionadas con sentimientos de comodidad, frustración, inseguridad y angustia, y la sensación de que la actividad profesional y la formación se centran en la curación. (Rippel Silveira, y otros, 2016)

"Percepciones del equipo multiprofesional en la implementación de cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos" estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo se realizó con el objetivo de analizar las percepciones del equipo multiprofesional sobre la implementación de cuidados paliativos en una UCI para adultos con 14 profesionales de la salud de un hospital de enseñanza pública en Brasil, la información se recopiló entre febrero y abril de 2012, a través de entrevistas semiestructuradas y observación no participativa interpretada mediante análisis de contenido. Se identificaron 3 categorías: atención a pacientes terminales en una UCI que fomenta el confort físico; Falta de preparación del equipo en el tratamiento de pacientes terminales; y Desafíos de las prácticas paliativas en el entorno de cuidados intensivos. Las partes entrevistadas informaron tener algún conocimiento de la propuesta de cuidados paliativos, aunque se observaron divergencias en la conducta terapéutica del equipo en la atención brindada, lo que demuestra una falta de interacción y comunicación entre los profesionales. (Figueredo da Silva, Melo Souza, Chaves Pedreira, Ribeiro don Santos, & Faustino, 2013)

El "Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de la salud ante la muerte y el trabajo emocional" de tipo exploratorio, descriptivo y transversal se realizó con el objetivo de determinar las diferencias entre profesionales de salud respecto al conocimiento de cuidados paliativos, actitud ante la muerte y la carga emocional del trabajo con pacientes terminales en donde se realizaron entrevistas a 40 profesionales de salud en un 30% a médicos, 20% residentes, 25% enfermería, y 25% trabajadoras sociales con un cuestionario sobre cuidados paliativos, actitudes ante la muerte y trabajo emocional, obteniendo como resultado que el 77.5% tenían conocimiento de los objetivos del cuidado paliativo pero el 72.5% no conocían la carta de derechos humanos del paciente terminal. No se encontraron diferencias importantes entre profesionales respecto ante la muerte y trabajo emocional y se comprobó que entre más informados es menos el temor de los participantes, hay aumento de sensibilidad y controlan mejor sus emociones negativas. (Trujillo-De Los Santos, y otros, 2013)(

"Cerrando la brecha entre los cuidados paliativos y los cuidados intensivos" en 2010 describe que el envejecimiento de la población ha traído consigo un cambio en el tipo de enfermedades subyacentes que padecen los usuarios de los servicios sanitarios y elevado la tasa de mortalidad de los servicios de medicina intensiva de los países desarrollados. Esta circunstancia ha incentivado la inclusión de herramientas típicas de la medicina paliativa (centrada en el confort del paciente) en las unidades de cuidados intensivos (centradas en la curación). La inclusión de estas herramientas no está resultando tarea fácil, puesto que, al imperativo tecnológico dominante en este tipo de unidades, se le suman los condicionamientos sociales y culturales de la época moderna. (Gálvez González & Muñumel Alameda, 2010)

El Grupo de trabajo de Bioética de la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica Y Unidades Coronarias) elaboró "Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico" con el propósito de contribuir a la mejora de nuestra práctica diaria en tan difícil campo. Relató que

"El tratamiento al final de la vida de los pacientes críticos y la atención a las necesidades de sus familiares están lejos de ser adecuados, por diversos motivos: la sociedad niega u oculta la muerte, es muy difícil predecirla con exactitud, con frecuencia el tratamiento está fragmentado entre diferentes especialistas y hay una insuficiente formación en medicina paliativa, incluyendo habilidades de comunicación. Se producen frecuentes conflictos relacionados con las decisiones que se toman en torno a los enfermos críticos que están en el final de su vida, especialmente con la limitación de tratamientos de soporte vital. (Monzón Marín, y otros, 2008)

"Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos" desde 2007, manifiesta como tercer lugar que "No sólo se mueren pacientes oncológicos"; si bien la procedencia de los cuidados paliativos modernos es claramente oncológica, desde ahí que tradicionalmente la atención paliativa ha ido dirigida hacia los enfermos de cáncer pero también es evidente que existen otras enfermedades en las que las últimas fase generan un fuerte impacto emocional y exigen una elevada necesidad de cuidados, según la prevalencia de síntomas y la utilización de recursos en la fase terminal de la vida, estima que el 60% de los pacientes con cáncer y el 30% de los pacientes no oncológicos precisan la intervención de los equipos de cuidados paliativos. (Barbero & Díaz, 2007)

El artículo "Cuidados Paliativos y medicina intensiva en la atención al final de vida del siglo XXI" revisa la aportación que los cuidados paliativos pueden ofrecer para mejorar la asistencia a los enfermos que fallecen en unidades de medicina intensiva y a sus familiares, los cuales tienen como objetivo la mejoría sintomática, la prevención de las posibles complicaciones, conocer y respetar los criterios de bienestar del paciente y la atención a la familia en el proceso final y el duelo por lo que implica a diversas disciplinas del campo de la salud y las impele a trabajar con objetos comunes. (P. Loncán1, 2007)

Heras, Cruz y Nin describen en el artículo "Buscando humanizar los cuidados intensivos" como parte de un Proyecto Humanizar los cuidados

intensivos el diseño de un marco conceptual con el objetivo de desarrollar acciones específicas que contemplen la humanización como una dimensión transversal de la calidad. Abarcando aspectos relacionados con los horarios de visita, la comunicación, el bienestar del paciente, la participación de las familias en los cuidados, el síndrome del desgaste profesional, el síndrome post-UCI, la arquitectura e infraestructura humanizada y los cuidados la final de la vida. (Heras La Calle, Cruz Martín, & Nin, 2016)

El artículo de revisión "El proceso de la muerte en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Punto de vista médico, teratológico y legislativo" describe que el objetivo tradicional de la UCI es disminuir la mortalidad y la morbilidad de los pacientes en estado crítico, a pesar de los avances médicos y tecnológicos continua siendo un lugar común en donde la muerte ocurre por lo que en la actualidad el equipo de salud debe estar familiarizado con los cuidados paliativos y su legislación. Preservar la dignidad del paciente, evitar el daño y mantener una comunicación adecuada entre los miembros del equipo de salud y los familiares es fundamental, no existe una técnica única y universal aceptada para la atención de los pacientes en estado terminal en las UCI, por lo que se debe individualizar cada caso y definir objetivos de atención junto con el paciente y sus familiares dentro del marco legal vigente. (Kaneko-Wada, y otros, 2015)

Pichardo y Diner en el artículo "La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería" refieren que la experiencia de la muerte deja una huella en el personal de salud ineludible y misteriosa, un médico o una enfermera tienen el papel esencial en la manera en que sus pacientes desahuciados se preparan para ese momento, los cuidados paliativos consisten en el sentido y los valores que sirven para acompañar y acogerle, primero paliar el dolor físico y luego seguir con el moral. En lo que respecta a las creencias, el médico y la enfermera deben brindar un acompañamiento al paciente y la familia permitiendo arreglen sus asuntos y la muerte se acepte con

una actitud de paz que incluye a todos los involucrados con él, lo que se definiría como una muerte humanizada. (Pichardo García & Diner, 2010)

El artículo publicado "Cuidados Paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva" refiere que de la mitad de los enfermos que mueren en un hospital cerca del 50% son atendidos en los tres días previos a su fallecimiento en una UCI, que en tal medio existen muchas barreras que limitan una buena atención paliativa de las que destacan la falta de entrenamiento en esta disciplina por parte de los intensivistas, el desconocimiento de los protocolos de paliación en enfermos terminales, la falta de normatividad hospitalaria en relación a los cuidados paliativos en la UCI, la carencia de paliativitas y el rechazo por muchos especialistas a esta disciplina. Los programas de cuidados paliativos van de la mano con los encaminados a la curación de los enfermos por lo que es una necesidad incluirlos dentro del manejo rutinario en la UCI, lo que elevaría la calidad y eficiencia de la atención en el enfermo grave. (Carrillo ER, 2007)

En el artículo "Significados de la atención de enfermería para familiares de pacientes en cuidados paliativos" señala la importancia de la presencia física de los profesionales, los procedimientos técnicos y el trabajo en equipo, percibiendo que la atención de enfermería para las familias se refleja en el cuidado humanístico, establecido en la presencia, basada en la interacción entre personas. Desenvuelve programas asistenciales, ambulatorios y domiciliarios, como también cuidados específicos y especializados, se realizó un estudio en 10 pacientes y familiares donde se observó, diferentes tipos de técnicas empleados para el trato de los mismos como: Una entrevista estructurada, observación directa, con la finalidad de obtener las necesidades de pacientes y familiares, importante destacar que el familiar será tomado en cuenta para cualquier decisión. La importancia de la presencia de enfermería, el trato con los pacientes, la forma de como realizan los procedimientos, dentro de los cuidados de enfermería destacan la administración de medicamentos para

el control del dolor, el trabajo en equipo siempre es un apoyo fundamental. En la observación directa se notó que cada vez que un paciente ingresa a hospitalización tiene su propio espacio y que existe un lugar de convivencia recreativa las 24 horas del día, tanto familiar como paciente reciben la educación de acuerdo a su diagnóstico, al principio el cuidador solo observa y una vez educado interactúa con el personal, el tratamiento paliativos debe direccionar los cuidados para la búsqueda de la tranquilidad y apoyar al paciente a que tenga una calidad de muerte, el cuidado de enfermería consiste en promover, proteger, preservar la vida de cada paciente. (de Oliveira Lima & Cordeiro Ximenes de Oliveira, julio-agosto, 2015).

2.1.2 Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos

Se crea con el fin de mejorar la atención planificada y organizada que garantice una atención integral de calidad y coordinada, se pretende fomentar la formación del personal para brindar los cuidados paliativos y disponer de las habilidades necesarias para una comunicación efectiva con pacientes y cuidadores, y realizar una formación adecuada, respecto a información y comunicación, deberían basarse en las necesidades expresadas por los pacientes siempre demostrando explícitamente su disponibilidad para escuchar e informar.

Propone fomentar la participación de enfermeras y cuidadores en la toma de decisiones al final de la vida y aportar información clara y suficiente.

2.1.3 Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

La elaboración de esta norma responde a la necesidad de emitir las disposiciones de técnicas que deberán observarse para prevenir la ocurrencia de posibles actos de obstinación terapéutica hacia los pacientes en situación terminal, las cuales consideran criterios para su atención, con la finalidad de

hacer efectivo que los cuidados paliativos le sean proporcionados como un derecho conforme a lo que describe la ley general de salud.

Esta norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, tiene como objetivo establecer los criterios y procedimientos mínimos indispensables que permitan prestar a raves de equipos inter y multidisciplinarios de salud.

Los cuidados paliativos se deberán proporcionar con absoluto respeto, trato digno y profesional a los enfermos en situación terminal, los pacientes deben tener identificado un cuidador principal, en su asistencia desde el primero momento de su atención, también deberá disponer de una historia clínica única y multidisciplinar, sus familiares deberán recibir orientación sobre el tratamiento farmacológico, nutrición y cuidado y este deberá poder acceder a expresar sus voluntades anticipadas por escrito si se encuentra consciente.

El médico tratante será el responsable de indicar o preinscribir un plan de cuidados paliativos, el cual deberá ser explicado en forma comprensible y suficiente al paciente y familiar mediante un plan de mejora continua de calidad, basándose en las necesidades del paciente, registrando control de dolor y de síntomas, utilizando escalas para la misma valoración, estableciendo criterios y procedimientos mínimos e indispensables, mediante aspectos psicológicos, sociales y espirituales, con absoluto respeto, trato digno y profesional basándose a la Norma oficial mexicana 011-SSA3-2014, se deberán registrar todas las acciones.

Enfermería deberá evaluar las necesidades de los pacientes y estas quedaran registradas en su historia clínica, revisándolas periódicamente, mediante un plan de atención que debe contemplar el apoyo a las necesidades de la familia o entorno de cualquier paciente, los objetivos terapéuticos del paciente deben ser revaluados periódicamente, en la comunicación debe haber confidencialidad, mediante un plan de mejora, que permitirá conocer la satisfacción del paciente, cada cuidado que se le brinde debe ser con trato digno, respeto y profesionalismo, registrando todas las acciones.

Esta considera cuatro ámbitos fundamentales en la atención médica como son; el hospitalario, el ambulatorio, el domiciliario y la atención a urgencia, a fin de proporcionar bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, trato digno y profesional a los enfermos en situación terminal, se deberán aplicar protocolos para brindar cuidados paliativos generales y específicos.

De la intensión ambulatoria

Se pretende que los familiares reciban atención soporte y apoyo necesario para alguna crisis que se pudiera suscitar en algún momento.

De la atención hospitalaria

El ambiente debe ser favorable, las enfermedades deben ser progresivas con dolor, aspecto físico y psicológico que no sean establecidos con las medidas del ambulatorio.

De la atención a urgencia

Deberán estar preparados y equipados para la atención que el paciente requiera este tipo de servicio

De la atención domiciliaria

Es el sitio más favorable y adecuado para la prestación de servicios de cuidados paliativos

El enfermo en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a solicitar la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y el inicio del tratamiento paliativo, en los términos de lo dispuesto por el artículo 166 de la Ley General de Salud, por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, por esta Norma y demás disposiciones aplicables.

Define a los cuidados paliativos como al cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Aspectos físicos del cuidado:

-El proceso en el cuidado de síntomas, como náuseas, vómito, estreñimiento, insuficiencia respiratoria, disnea fatiga, etc.

-Un proceso para educación del paciente y su cuidador primario.

-Intervenciones para prevenir LPP, movilización ejercicios activos y pasivos, actividades de higiene, alimentación, mediación etc.

Aspectos psicológicos:

-Valoración del estado emocional

-Determinar condición de ansiedad, depresión, delirio y agitación terminal.

-Intervención de profesional competente.

-Promover la participación del cuidador en las terapias, intervenciones etc.

-Promover la confianza y apoyo de los equipo de colaboración.

Aspectos sociales en el cuidado:

-Valoración social por profesional de trabajo social.

-Identificar necesidades de información y asesoría, comunicación con redes de apoyo etc.

-Favorecer un sistema de comunicación para casos de emergencia.

Aspectos espirituales y religiosos:

-Identificar su necesidad de apoyo espiritual.

-Favorecer la comunicación el paciente o familiar, permitiendo expresar sus sentimientos de enojo, angustia etc.

-Promover la visita de su representante religioso o espiritual.

Aspectos culturales:

-Valoración e identificación de necesidades preferencias o costumbres

-Promover el apoyo para respetar usos y costumbres.

-Respetar sus derechos y cultura.

-Apoyar en caso de lengua diferente.

Aspectos éticos y legales:

Identificar si existe trámite legal sobre su voluntad anticipada.

Respetar su derecho para suspender su tratamiento o cualquier maniobra de resucitación.

Dar cumplimiento a su derecho de consentimiento bajo información.

Ofrecer información sobre donación de órganos y asesorar sobre el protocolo.

Apoyar en caso de un procedimiento legal. (piert, Diario Oficial d ela Federacion Mexico 2014)

2.1.4 Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos

Establece dos modelos para el ingreso de pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el primero denominado Modelo basado en las funciones orgánicas toma en cuenta a pacientes que presentan insuficiencia o inestabilidad de uno o más de los sistemas fisiológicos mayores, aquellos con posibilidades razonables de recuperación, que presentan alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo, con la necesidad de cuidados especializados, que solamente pueden ser

brindados en la UCI, pacientes que presenten muerte cerebral y sean potenciales donadores de órganos, y también a Pacientes que requieran cuidados paliativos, que justifiquen su ingreso a la UCI. (DOF, Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos, 2012)

2.1.5 LA OMS

Define los cuidados paliativos, como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazante para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Es importante resaltar que un paciente susceptible de recibir cuidados paliativos es aquel que cursa con una enfermedad o condición avanzada crónica e incurable que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos y oncológicos independientemente del pronóstico de tiempo de supervivencia. (Salud, 2010) Esta misma definición la ocupan las Guías de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos en México y la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en España.

2.1.6 Conceptos

Esta última enumera las siguientes características de los cuidados paliativos: proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento, promueven la vida y consideran la muerte como un proceso natural, no se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo, integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente, tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte, ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo, mejoran la calidad de vida del paciente, se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida, incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Esta concepción reconoce que las personas con enfermedades distintas al cáncer, que sean irreversibles, progresivas y con una fase terminal, también pueden beneficiarse de su aplicación. (Paliativos, 2008)

Paciente susceptible a recibir cuidados paliativos.

Es importante resaltar que de acuerdo a la OMS un paciente susceptible de recibir cuidados paliativos es aquel que cursa con una enfermedad o condición avanzada crónica e incurable que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos y oncológicos independientemente del pronóstico de tiempo de sobrevida. (Salud, Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, 2010)

Estado crítico agudo.

A la existencia de alteraciones fisiológicas que ponen en peligro inmediato la vida de los pacientes que presentan enfermedades con posibilidades razonables de recuperación. (DOF, Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos, 2012)

Cuidados Intensivos.

A la forma de proporcionar atención médica multi e interdisciplinaria a pacientes en estado agudo crítico. (DOF, Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos, 2012)

Cuidados Paliativos en el paciente en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En el paciente crítico los cuidados paliativos en la UCI son: Toma de decisiones basadas en la interacción con pacientes y familiares, comunicación

entre el equipo multidisciplinario tratante, continuidad del plan establecido, apoyo emocional y religioso a pacientes y familiares, manejo de síntomas para optimizar el bienestar de los enfermeros, enfatizar que el bienestar, la calidad de muerte del enfermo son prioritarios sobre las medidas encaminadas a prolongar la vida de manera innecesaria, instituir y usar escalas cuantitativas para la valoración de síntomas tanto en enfermos que pueden comunicarse como en los que están imposibilitados para mantener una relación activa, estandarizar y seguir las mejores prácticas clínicas para el manejo de síntomas, uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas, revalorar y documentar la evolución de los síntomas una vez instituidas las maniobras terapéuticas de las unidades de cuidados intensivos, instituir, documentar y dar a conocer entre todo el grupo de atención, incluyendo a los familiares las medidas de suspensión o no iniciación del apoyo vital, eliminar procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos innecesarios (laboratorio, rayos X, tomografías, procedimientos invasivos, etc.), evitar y eliminar ambientes ruidosos, muy iluminados y todos aquellos que condicionen angustia en enfermos y familiares, mantener la dignidad y el respeto en el trato a los enfermos. (Hernández, 2018)

Y además de brindar Apoyo emocional y organizacional al equipo que atiende a los enfermos: Evitar rotaciones innecesarias del equipo médico y de enfermería que atiende a enfermos en fase terminal en la unidad de cuidados intensivos, desarrollo e implementación de un grupo especializado en los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos con entrenamiento en manejo de dolor, delirio, conflictos, etc., integrar al grupo a Psiquiatras y Psicólogos para implementar programas de apoyo al grupo tratante, enfermos y familiares. (Hernández, 2018)

Los cuidados paliativos deberían comenzar en las frases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los tratamientos curativos, incluso en las fases finales de la enfermedad en las que el tratamiento es predominantemente paliativo puede existir un espacio para el

intento destinado a las medidas curativas, el duelo puede requerir atención durante una fase prolongada. La transición de los cuidados curativos a paliativo es a menudo gradual y debe basarse en las necesidades individuales de la persona más en un plazo concreto de supervivencia esperada. (Paliativos, 2008)

No hay evidencia clara sobre cuál es el mejor modelo organizativo, la mayoría de los programas contempla varios niveles de atención, dependiendo del volumen y la complejidad de los problemas del paciente. Para el presente trabajo, nos enfocádonos en el nivel avanzado de cuidados paliativos específicos, secundarios, especializados o avanzados que contemple intervenciones complejas que requieren técnicas o procedimientos especializados. (Paliativos, 2008)

El nivel avanzado debería: Proporcionar la atención a pacientes con necesidades asistenciales más complejas e intensivas, realizar pruebas diagnósticas complementarias o tratamientos muy específicos que precisan realizarse en el ámbito hospitalario o tratamientos ente síntomas de difícil control, atender determinadas necesidades que no tienen por qué ser clínicamente complejas, sino de tipo social o familiar. (Paliativos, 2008)

En el contexto de cuidados paliativos, es importante definir algunos conceptos relevantes:

Autonomía del paciente.

Es uno de los cuatro principios básicos de la bioética base de la deontología médica y clave de una buena práctica en salud, que adquiere relevancia en las decisiones al final de la vida. Es la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacción interna o externa. Esta reconoce que la persona enferma tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las

opciones clínicas disponibles, reconoce también que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento. (Paliativos, 2008)

Calidad de vida.

Se centra en diversos aspectos del paciente como la capacidad física o mental, la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Está influida por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencias, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno. (Salud, 2010).

Sufrimiento.

Es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación amenazante de la integridad, la impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. El sufrimiento es complejo y requiere una evaluación interdisciplinaria para construir una alternativa terapéutica eficaz que dé respuesta a los problemas del paciente y de su familia. Se debe realizar una monitorización y evaluación continua con objeto de modificar el plan de cuidados según las necesidades del enfermo y su familia. (Paliativos, 2008)

Comunicación Interpersonal.

En el contexto de los cuidados paliativos es el proceso por el cual se facilita a los pacientes y a los cuidadores la exploración de sus problemas y la toma de decisiones a través de entrevistas con los profesionales encargados de su atención. La revisión subraya que no es posible generalizar acerca de las necesidades de información basándose en las características demográficas o

culturales, por lo que se recomienda a los profesionales sanitarios evaluar las necesidades de información individualizada y de forma continuada a lo largo del tiempo. En general, las necesidades de información a medida que avanza la enfermedad son menores en los pacientes, pero la demanda crece en los cuidadores. (Paliativos, 2008)

Estilos de Comunicación.

Los pacientes y los familiares destacan que la información debe ser sincera, sensible y con margen de esperanza; desean sentirse escuchados de manera activa por profesionales que muestren empatía, utilicen un lenguaje claro y suministren la información en pequeñas cantidades, valorándose de manera individual si se recibe sólo o acompañado. Los enfermos consideran que entre los atributos esenciales que deben poseer un profesional de la salud se halla la voluntad de escuchar y explicar. La comunicación ineficaz se ha asociado a incumplimiento terapéutico y a un aumento del estrés de los pacientes, y a la insatisfacción con el trabajo y el desgaste emocional de los profesionales sanitarios. La falta u ocultación de información relevante y la mentira con propósito protector pueden desencadenar otro tipo de problemas tales como probar al paciente de la oportunidad de expresar sus temores y preocupaciones. (Paliativos, 2008)

Métodos de Información.

Ante la evaluación de algunos métodos de información como información escrita, material de audio o video se concluyó que a pesar de que algunas intervenciones lograron efectos positivos sobre el conocimiento y la frecuentación, el manejo de síntomas, la satisfacción, la utilización de servicios y el estado efectivo no se deben utilizar de manera uniforme sino tomar en cuenta las preferencias individuales. Sin embargo, estas intervenciones fueron dirigidas sólo a pacientes con cáncer de reciente diagnóstico y a sus familiares. (Paliativos, 2008)

Actitud de los profesionales sanitarios.

Los estudios sugieren que la interpretación que realizan los profesionales sanitarios acerca de las preferencias de los pacientes difiere a menudo de los deseos de estos, la mayoría de los clínicos afirma que desea que se le comunique la verdad sobre su propia enfermedad terminal pero por otro lado se confirmó que el personal tiende a subestimar las necesidades de información de los pacientes y sobreestimar su grado de conocimiento y comprensión del pronóstico. (Paliativos, 2008)

Comunicación Efectiva.

Las investigaciones realizadas sugieren que una comunicación eficaz influye en la salud de los pacientes sobre diversos aspectos, tales como el estado emocional, la resolución de síntomas, el estado funcional y el dolor. El intercambio adecuado de información puede mejorar la implicación de los pacientes en los cuidados y la adherencia de los tratamientos, reducir el malestar psicológico y contribuir a transmitir unas expectativas realistas. Un proceso de comunicación adecuado tiene gran influencia de capacidad de adaptación de los pacientes y de sus familiares a las nuevas situaciones, la asimilación de la enfermedad y la consideración de las diferentes opciones. Ofrecer a los enfermos la posibilidad de tomar decisiones compartidas puede reducir los síntomas de ansiedad y depresión. (Paliativos, 2008)

Comunicación malas noticias.

"Cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión de un paciente sobre su futuro" es como define Buckman malas noticias, tanto comunicar el diagnóstico de una enfermedad considerada mortal como al informar el fracaso de la terapéutica curativa que se le administra. A la hora de proporcionar las malas noticias, el personal sanitario debería tener en cuenta las barreras que pueden condicionar una comunicación efectiva: déficit de habilidades para valorar las necesidades de información y para facilitar la participación del paciente y de sus familiares en la toma de decisiones, tendencia a interpretar los deseos y las necesidades de los pacientes, la idea errónea de que si el

paciente necesita saber preguntará, el sentimiento de ser considerado responsable del fracaso en la curación, la creencia de que la información producirá un mayor daño al enfermo o la incertidumbre acerca de determinados aspectos como el diagnóstico o el pronóstico del paciente. Existen propuestas para la comunicación de malas noticias la de Rabow, Mc Phee y el protocolo de SPIKES (Paliativos, 2008)

Elementos para la toma de decisiones.

Las personas implicadas en la relación sanitaria para tomar decisiones en la fase final de la vida deben tener en consideración tanto la situación psicológica y biológica del paciente como los deseos del enfermo correctamente informado, los cuales están interrelacionados y se ven influidos por la situación familiar y social. El nivel de dependencia física o psíquica del enfermo, su situación económica, la calidad y la cantidad de apoyo propiciado por la red formal o informal y la vivencia de la enfermedad por el propio enfermo y su familia pueden condicionar tanto situación biológica como los deseos del enfermo. (Paliativos, 2008)

Cuando el profesional de salud desee determinar la situación del enfermo para plantear decisiones, debería formularse algunas preguntas sobre el pronóstico vital del enfermo, su calidad de vida o la situación socio sanitaria y en base a ello plantearse la idoneidad, la profundización de técnicas diagnósticas o en tratamientos más invasivos (reanimación cardiopulmonar, soporte avanzado de constantes vitales, cirugía, quimioterapia, etc.). En ocasiones sólo la aplicación de tratamientos durante un periodo de tiempo razonable y su posterior evaluación permitirán reconocer si el enfermo responde razonablemente a los mismos. (Paliativos, 2008).

A través del criterio de proporcionalidad se analizan los efectos positivos del tratamiento y los negativos, como las cargas que pueden suponer los efectos secundarios o el dolor que se puede generar, se considera que un recurso diagnóstico o un tratamiento es proporcionado cuando origina un mayor

beneficio al paciente. Por lo que se debería tener en cuenta que la preservación de la vida del enfermo es una obligación cuando el hecho de vivir supone un beneficio más que una carga para el propio paciente. (Paliativos, 2008)

La futilidad se ha invocado en las siguientes situaciones clínicas: reanimación cardiopulmonar, mantenimiento artificial de las funciones vitales cuando existe una pérdida irreversible de las funciones cerebrales (estado vegetativo permanente o demencia profunda), los tratamientos agresivos en enfermos terminales o moribundos, los tratamientos que sólo ofrecen una calidad de vida muy baja, en especial si está acompañada de gran sufrimiento o si no hay esperanza de prescindir de cuidados intensivos. En estas circunstancias se considera que un tratamiento es fútil cuando los beneficios que se obtienen ocurren en un porcentaje inferior al 1-5% de los enfermos tratados. (Paliativos, 2008)

La calidad de vida es el paciente quien puede valorarla de forma más apropiada, si se tiene en cuenta que lo que una persona le parece desproporcionado o fútil puede no parecérselo a otra, se comprueba que al igual que el criterio de calidad de vida también los criterios de proporcionalidad y futilidad involucran juicios de valor, complicando el debate acerca de la utilidad o idoneidad, o no, de cierto tratamientos en el final de la vida. Aclarada la importancia de la subjetividad, resulta fundamental conocer los deseos del enfermo, a él le corresponde decidir si desea que se le aplique el tratamiento propuesto o no. (Paliativos, 2008)

Resulta también básico conocer la determinación de la competencia de decisiones del paciente, centrada normalmente en la capacidad mental sobre todo en las habilidades psicológicas necesarias para tomar una decisión médica concreta, los profesionales deberían comprobar si el enfermo ha comprendido lo que se le ha explicado y si puede tomar un decisión sobre el tratamiento basándose en la información que se le ha suministrado. (Paliativos, 2008)

El consentimiento debe ser entendido como un proceso gradual y continuado mediante el cual un paciente capaz y adecuadamente informado acepta o rechaza en función de sus propios valores, someterse a determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El conocimiento de los valores que han conformado la vida del paciente permite evaluar la coherencia de sus decisiones. Esta valoración no puede hacerse desde un conocimiento puntual del enfermo, por lo que la continuidad de su atención o la aportación de la información por parte del médico de familia o de la propia familia proporcionan los datos necesarios para valorar dicha coherencia. (Paliativos, 2008)

Cuando el paciente sea incompetente deberá determinarse el nivel de la incompetencia y si es transitoria o permanente, en estos casos el profesional de salud deberá identificar a un sustituto o representante del enfermo en la toma de decisiones, en la práctica habitual casi siempre suele ser un familiar, el cual se basa en el mejor conocimiento de los valores y considerando qué es lo que mejor ajusta a sus intereses. (Paliativos, 2008)

Tomar la decisión.

Una vez que se han seguido todos los pasos anteriormente señalados, las personas involucradas en la relación clínica estarán en mejores condiciones para tomar una decisión, al hacerlo lo recomendable es comunicarle a todo el equipo sanitario y a los familiares del enfermo, si existe consenso entre el personal de salud y el paciente o su representante en cuanto al tipo de tratamiento que se debe seguir se tomará la decisión. (Paliativos, 2008)

Los elementos de la toma de decisiones en la fase final de la vida son: Determinación de la situación biológica, psicológica, socio sanitaria y familiar del enfermo, Evaluación de tratamientos en base a evidencia científica disponible, con los criterios de proporcionalidad, futilidad y calidad de vida, Consideración de que este es un proceso gradual y continuo, Garantía de que el proceso de comunicación es adecuado, Suministro de información completa con las opciones terapéuticas disponibles, beneficios y riesgos e inconvenientes

esperados, Evaluación de la competencia del enfermo, En el caso de paciente competente, confirmación de sus deseos y sus preferencias; es importante compartir la decisión con la familia, En caso de paciente no competente se debe considerar las siguientes opciones: a)Directrices previas, b) Deseos previamente expresados por el paciente y recogidos en la historia clínica, c)Representante legal, d)Familiares cargo próximos, En caso de que el personal de salud tenga dudas relacionadas con la decisión se recomienda la valoración de otros profesionales expertos, Información de la decisión al equipo de salud y Registro del proceso de la toma de decisiones en la historia clínica. (Paliativos, 2008)

Control de Síntomas.

Los pacientes en fase final de la vida puedan presentar múltiples síntomas, dependiendo de la naturaleza y el estadio de su enfermedad. Los estudios sobre prevalencia de síntomas en pacientes en fase final de la vida presentan una serie de problemas que dificultan su comparabilidad: variabilidad en la definición síntomas, uso de diferentes definiciones y escalas, estadio de la enfermedad, presencia de enfermedad oncológica, tipo de profesional que recoge la información, ámbito de la atención, etc. Un estudio de prevalencia de síntomas en pacientes oncológicos y no oncológicos ordena los 11 síntomas más frecuentes, encontrando el dolor con una elevada frecuencia en todos los tipos de pacientes. (Paliativos, 2008)

La evaluación de los síntomas tiene que realizarse de una forma global en el contexto donde se realiza la atención y teniendo en cuenta sus repercusiones en la persona y en su entorno familiar, cabe señalar que la valoración de la importancia de los síntomas puede diferir entre la persona que los sufre y los profesionales que la atienden. Es necesario que se multidisciplinar, existe literatura que demuestra que los médicos valoran de forma más imprecisa que otros profesionales, personal de enfermería o auxiliares la intensidad de síntomas de sus pacientes. La forma en que se recogen los síntomas es importante, la búsqueda intencionada de síntomas a través de preguntas

dirigidas sobre lo que preocupa o molesta al paciente puede favorecer una mejor valoración del conjunto de síntomas. (Paliativos, 2008)

Los síntomas son cambiantes en el tiempo, debido a la evolución de la enfermedad, a los efectos adversos de las terapias utilizadas, a la respuesta al soporte paliativo del equipo y a las propias vivencias del paciente y sus cuidadores. Todo ello determina que la evaluación y reevaluación constante del paciente y de su entorno sea una necesidad y una característica esencial de los cuidados paliativos. (Paliativos, 2008)

Valoración de síntomas.

El uso de escalas en la UCI validadas puede ser una estrategia útil para estandarizar la evaluación de síntomas y monitorizar la respuesta de una forma objetiva. La proliferación de instrumentos, la ausencia de validación de muchos de los y la falta de estudios sobre su impacto real puede explicar este hecho. Las escalas que pueden ser utilizadas en el uso clínico son: Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Palliative Prognostic Score (PaP Score), Escala de valoración funcional de Karnofsky, Escala de Barthel, Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica, Escala Categórica, y Escala Ramsay (Anexo 1) (Paliativos, 2008)

Uso de fármacos para el tratamiento de síntomas en cuidados paliativos.

Los principios de control efectivo de síntomas incluyen: Elaborar un historia clínica y realizar una exploración detallada que permitan un diagnóstico del mecanismo o causa subyacente de cada síntoma, tratamiento individualizado, tratamiento de las causas reversibles, informar al paciente y a su familia, valorar las opciones de tratamiento farmacológicas como no farmacológicas, simplificar las pautas de tratamientos, monitorizar la respuesta. (Paliativos, 2008)

La utilización de fármacos en cuidados paliativos tiene algunas características especiales que deben tenerse en cuenta, los pacientes con enfermedad avanzada o terminal constituyen una población especialmente vulnerable, su

entorno y los diferentes factores psicológicos pueden ejercer gran influencia en su bienestar físico y en la respuesta al tratamiento farmacológico, respuesta que en ocasiones será impredecible. Estos pacientes son a menudo de edad avanzada, frágiles o con afectación multiorgánica y polimedicados, con el consiguiente riesgo de interacciones e iatrogenia. El reto para profesionales y cuidadores consiste en tratar los síntomas de forma efectiva, manteniendo el máximo confort del paciente y minimizando los efectos adversos y los inconvenientes del tratamiento o las pautas muy complejas. (Paliativos, 2008)

Dolor

La International Association for the Study of Pain (La asociación internacional para el Estudio del Dolor) lo define como "una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que asocia una lesión tisular verdadera o potencial". El dolor es uno de los más frecuentes síntomas en los pacientes que se encuentran en la fase al final de la vida. Los pacientes pueden presentar dolor debido a su enfermedad, como consecuencia de algunos tratamientos o relacionados con su situación de inmovilidad y debilidad general, no hay que olvidar otras posibles causas de dolor no directamente relacionadas con la enfermedad del paciente. (Paliativos, 2008)

Principios generales del tratamiento del dolor en cuidados paliativos.

El dolor en los pacientes en cuidados paliativos además de ser una sensación nociceptiva incluye aspectos que tienen que ver con la condición humana como la personalidad, la afectividad, las emociones y las relaciones psicosociales. La naturaleza multidimensional del dolor requiere un modelo de intervención multifactorial que comprende medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, los aspectos físicos y psíquicos del dolor están íntimamente relacionados. Los tratamientos psicosociales orientados a resolver variables de la esfera psicológica mejoran el dolor mientras que los tratamientos dirigidos a la nocicepción tienen efectos psicológicos beneficiosos. Algunos autores dan el concepto de dolor total para referirse a la suma de la sensación nociceptiva

junto a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de cada persona. (Paliativos, 2008)

Los profesionales de salud que atienden a pacientes de cuidados paliativos tienen que tener en cuenta lo anterior puesto que explica la variabilidad en la respuesta analgésica a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, los abordajes parciales del paciente pueden explicar muchos fracasos en el tratamiento. Proporcionar información adaptada para cada situación sobre el dolor y la manera de tratarlo, involucrando al paciente en su manejo, se acompaña en una mejor respuesta al tratamiento. Antes de iniciar un plan de tratamiento analgésico es necesaria una evaluación integral del paciente teniendo en cuenta su entorno. La evaluación de la intensidad del dolor se puede realizar mediante una escala validada como: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica, Escala Categórica, Cuestionario Breve del dolor (CBD) y Escala Ramsay. (Anexo 2) (Paliativos, 2008)

Clasificación del dolor.

Según la duración:

Agudo: Producido por estímulos nociceptivos somáticos o viscerales de inicio brusco y corta duración.

Crónico: Dolor que persiste sea cual sea su intensidad, más de un mes.

Eruptivo: Dolor de intensidad moderada o intensa que aparece sobre un dolor crónico. Puede ser de inicio inesperado o previsible (desencadenado por determinadas maniobras conocidas por el paciente) (Paliativos, 2008)

Según la fisiopatología:

Dolor somático: se produce por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculo esqueléticas profundas y cutáneas superficiales.

Dolor visceral: Causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral, como consecuencia de la quimioterapia o por

infecciones en un paciente debilitado por ejemplo. El paciente lo describe como sensaciones desagradables, quemantes o punzantes, o como sensación de acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión. Puede llegar a ser de difícil control ya que responde mal a los analgésicos habituales.

Mixto: Coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente. (Paliativos, 2008)

Eficacia de los tratamientos farmacológicos.

La escalera analgésica de la OMS ha sido aplicada universalmente, se sabe con su uso se consigue un elevado porcentaje de alivio del dolor. Está constituida en el primer escalón: Analgésicos no opioides (AINE, Paracetamol, Metamizol) segundo escalón: Opioides débiles (Codeína, Dihidrocodeína, Tramadol) y tercer escalón: Opioides potentes (Morfina, Fentanilo, Oxycodona, Metadona, Buprenorfina). La administración de analgésicos ayudantes son fármacos cuya principal acción no es la analgésica pero que funcionan como tales en algunos tipo de dolor, en cuidados paliativos se usa para potenciar el efecto de los analgésicos, habitualmente de los opioides, para disminuir la dosis de los mismos o en cuadros de dolor complejos. (Paliativos, 2008)

Terapias alternativas y complementarias.

Acupuntura: los estudios que existen abordan el tema en pacientes con cáncer, pero se pueden obtener resultados concluyentes,

Musicoterapia: Se estudió el efecto analgésico de la música en el dolor general, encontrándose un efecto analgésico estadísticamente significativo en el alivio del dolor y en la necesidad de analgesia pero de importancia clínica incierta.

Aromaterapia y masaje: Se estudió en pacientes con cáncer que concluye que existe limitada evidencia sobre su eficacia, sin hallazgo de pruebas suficientes respecto a su efecto sobre el dolor.

Otros tratamientos: Diferentes revisiones encontraron escasa evidencia sobre otros tratamientos como la relajación muscular o la hipnosis. (Paliativos, 2008)

Astenia, anorexia-caquexia.

Se entiende por astenia el estado que incluye cansancio ante mínimos esfuerzos, disminución de la capacidad funcional de debilidad definida como la sensación anticipada de incapacidad de iniciar cualquier actividad, disminución de la capacidad de concentración, alteración de la memoria y labilidad emocional. La anorexia definida como falta de apetito y la pérdida de peso pueden acompañar a la astenia en estos pacientes. La caquexia es el cuadro de desnutrición y pérdida de peso que puede asociarse a la astenia sobre todo en la fase final del paciente en cuidados paliativos. (Paliativos, 2008)

Es el síntoma más frecuente en cuidados paliativos es la astenia relacionada con muchos factores como: dolor, anemia, infecciones, quimioterapia y radioterapia, depresión, insomnio y ansiedad, síndromes paraneoplásicos, caquexia, fármacos, trastornos metabólicos, morbilidad asociada: insuficiencia cardiaca, EPOC, etc.y puede presentarse en diferentes momentos en el mismo paciente, esta puede tener un componente subjetivo individual muy importante. Es importante su valoración para el tratamiento de esta, las intervenciones sociales se han mostrado útiles, no existe evidencia sobre la eficacia terapia farmacológica. En lo que a Anorexia y caquexia se refiere el equipo tiene que tener en cuenta el significado cultural y social de la falta de apetito y de las dificultades en la alimentación, la evidencia muestra que es de factores socio-culturales para pacientes y cuidadores siendo de mayor importancia las de este último que las de los propios pacientes. (Paliativos, 2008)

Deshidratación.

La correcta hidratación del paciente en cuidados paliativos es una medida de soporte básica si tenemos en cuenta el desgaste que supone la evolución de la enfermedad y los tratamientos. La necesidad de aporte de fluidos por vía

parenteral pueden plantearse en las fases muy avanzadas de la enfermedad y puede constituir una decisión difícil de tomar. (Paliativos, 2008)

Disnea.

De acuerdo a la American Thoracic Society (Sociedad americana torácica) se define como una experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad. Para los pacientes es tan difícil de llevar como el dolor, se deben tratar las causas reversibles como la insuficiencia cardíaca, la exacerbación de la EPOC y el asma, el broncoespasmo, las arritmias cardíacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior. (Paliativos, 2008)

Tos.

En pacientes con enfermedades crónicas pulmonares no malignas pueden presentarse en el 59% de los casos, puede ser productiva o no productiva. Algunas causas por la que se puede presentar son goteo postnasal, asma, EPOC, bronquiectasia, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia cardíaca, reflujo gastroesofágico, irritación timpánica y también puede ser causada por tumores. De acuerdo a la causa es el tratamiento que se dará para este síntoma, se debe realizar una evaluación individualizada. (Paliativos, 2008)

Síntomas psicológicos y psiquiátricos.

Delirium.

Es el estado confesional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa. Clínicamente se caracteriza por la alteración simultánea de la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, la conducta psicomotora, la emoción y el ritmo sueño-vigilia. Es común en los pacientes en la fase al final de la vida y se puede diagnosticar a través de los criterios: a) Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, b) Cambio en las funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje) o

alteración perceptiva que no se explica por la existencia de demencia previa o en desarrollo, c) Presentación en un periodo de tiempo (horas o días) y tendencia a fluctuar a lo largo del día. (Paliativos, 2008)

Se debe sospechar un delirium ante cualquier cambio agudo en la conducta, el estado cognitivo o el estado de alerta del paciente, sobre todo cuando exista demencia, cirugía reciente, discapacidad auditiva o visual, consumo de alcohol, posibilidad de alteración del sodio, utilización de determinados fármacos, etc. La intensidad del cuadro es muy variable, por lo que algunas formas leves, que se manifiestan como intranquilidad o dificultad para conciliar el sueño, pueden pasar desapercibidas, dado que los síntomas se atribuyen a cualquier otra circunstancia del paciente. Por el contrario están los casos graves con agitación intensa, que constituyen una urgencia médica. Para el diagnóstico en las unidades de cuidados intensivos o en pacientes incapaces de comunicarse verbalmente se recomienda utilizar el instrumento CAM-ICU (Anexo 4) (Paliativos, 2008)

Insomnio.

Es un trastorno heterogéneo que incluye la dificultad en la conciliación del sueño (inicial), en el mantenimiento (intermedio), el despertar demasiado temprano (tardío) y el sueño no reparador. Para el diagnóstico de este se utilizan los siguientes criterios: a) Dificultad para dormir caracterizada por conciliar el sueño (30 minutos o más) y para el mantenimiento (más de 30 min despierto durante la noche) b) La alteración del sueño se produce al menos tres noches por semana c) La alteración del sueño ocasiona una alteración significativa del funcionamiento diurno. Este síntoma puede aparecer como reflejo de las complejas reacciones psicológicas que tienen lugar en personas que se encuentran en la fase final de la vida. (Paliativos, 2008)

Las recomendaciones para la higiene del sueño para las personas que reciben cuidados paliativos son: Mantener en lo posible un horario regular, sobre todo el despertar de la mañana, evitar tiempos innecesarios en la cama durante el día,

dormir la siesta sólo cuando sea necesaria, evitando la última hora de la tarde si es posible, llevar un horario con actividades durante el día, minimizar las interrupciones del sueño durante la noche por periodos prolongados en situaciones de tensión, eliminar estímulos desagradables a todos los sentidos, identificar antes de acostarse problemas o asuntos que le han preocupado durante el día, tratando de abordarlos con un enfoque activo de resolución, evitar medicaciones estimulantes u otras sustancias, mantenerse un adecuado alivio del dolor durante la noche, preferentemente con analgésicos, usar la medicación adecuada tras la evaluación del insomnio. (Paliativos, 2008)

Ansiedad.

Los pacientes con enfermedad avanzada se ven obligados a afrontar varias agresiones psicológicas en poco tiempo: la mala noticia de enfermedad grave, posibilidad de muerte a corto tiempo por ejemplo. La ansiedad es un estado de malestar caracterizado por la presencia de una serie de síntomas somáticos, conductuales, cognitivos y emocionales.

Síntomas somáticos: tensión muscular temblor, disnea, palpitaciones, inestabilidad, sudoración anormal, diarrea, polaquiuria, etc.

Síntomas conductuales: irritabilidad, inquietud, etc.

Síntomas cognitivos: pensamientos negativos, miedo o preocupación por el futuro. (Paliativos, 2008)

El tratamiento de la ansiedad en el paciente en fase final de la vida será totalmente dependiendo de la causa, cuando son síntomas leves, proporcionados y aparecen en respuesta a un factor identificable suele ser suficiente el apoyo psicológico y el seguimiento de la respuesta adaptativa. No hay evidencias a favor o en contra de intervenciones no farmacológicas básicas para el tratamiento de la ansiedad que son la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia cognitivo. conductual. (Paliativos, 2008)

Depresión.

La depresión no es un estado normal en la fase final de la vida, sino una enfermedad que complica las ya existentes y que no se diagnostica ni se trata en la medida en que se debería. Es hasta tres veces más frecuente en los enfermos en cuidados paliativos que en la población en general. La mejor herramienta para el diagnóstico de la depresión en estos pacientes es la entrevista clínica basado en síntomas emocionales y cognitivos más que en los síntomas somáticos que son muy frecuentes por la propia enfermedad. Las intervenciones para el tratamiento se basan en asesoramiento psicológico y apoyo por diferentes profesionales, apoyo social, relajación y terapia grupal pueden ser suficientes en determinados casos, en caso de que no se deben considerar los fármacos de tipo antidepresivo. (Paliativos, 2008)

Cuidados de la boca.

Estos cuidados son un aspecto de gran importancia en el paciente en la fase final de la vida, es importante tratar de prevenir los problemas orales por medio de una higiene e hidratación con el propósito de mantener labios y mucosa oral limpios, suaves y sin lesiones, eliminar placa y restos, prevenir infecciones orales, enfermedad periodontal, caries y halitosis, aliviar el dolor y malestar y aumentar o mantener la ingesta oral, prevenir daños que pueden ocasionar los tratamientos antineoplásicos, minimizar el malestar psicológico y aislamiento y mantener la dignidad del paciente también en los últimos momentos. (Paliativos, 2008)

Mucositis

Es una reacción inflamatoria que se manifiesta en forma de eritema o ulceraciones y puede acompañarse de xerostomía y cambios en el sentido del gusto. Existe escasa evidencia que evalúan el diagnóstico y tratamiento de esta. La mayoría de los estudios que evalúa la mejoría es a través de escalas y según la disminución del dolor. También existen discrepancias en la selección y evaluación de la evidencia. (Paliativos, 2008)

Xerostomía.

Es la sensación subjetiva de boca seca que no siempre se acompaña de una disminución detectable de la producción de saliva. Es un síntoma muy frecuente en los pacientes en la fase final de la vida. Las causas son varias y pueden potenciarse entre sí: tratamiento con radioterapia, medicación, deshidratación y causas psicológicas como la ansiedad y la depresión. La correcta higiene de la boca y el uso de estimuladores de la salivación. (Paliativos, 2008)

Disfagia.

La disfagia puede ocurrir en el paciente en fase final de la vida por diferentes causas que afectan al mecanismo de la deglución. La mucositis y xerostomía afectan a las fases de masticación y preparación del bolo alimenticio. Los trastornos linguales interfieren en la fase de la deglución oral, mientras que las fases faríngea y esofágica se alteran por los procesos que afectan a estas zonas. (Paliativos, 2008)

Náuseas y vómitos.

El mecanismo implicado en la aparición de las náuseas y vómitos es complejo e implica los sistemas nervioso y gastrointestinal, puede producirse por estimulación directa del centro de vómito, hipertensión endocranel, alteraciones gastrointestinales y vestibulares, etc. Muchos de los tratamientos utilizados en cuidados paliativos tienen como efectos secundarios náuseas y vómitos: analgésicos, antidepresivos, neurolépticos, antibióticos y sobre todo la radioterapia y quimioterapia. (Paliativos, 2008)

Estreñimiento.

Afecta a una amplia proporción de pacientes en cuidados paliativos, en pacientes oncológicos puede llegar hasta el 65% y en la insuficiencia renal hasta el 70%. La inmovilidad, la dieta, algunos trastornos metabólicos como la hipercalcemia, uso de fármacos como opioides, explican esta prevalencia. En

los pacientes en fase final de la vida que reciben opioides, el estreñimiento puede estar hasta en el 87% de los casos. (Paliativos, 2008)

Diarrea.

Es menos frecuente que el estreñimiento en cuidados paliativos sobre todo en los de causa oncológica, como muchos síntomas digestivos la etiología es multifactorial, las posibles causas son: laxantes, antibióticos, quimioterapia, radioterapia, síndrome de mala absorción, tumores digestivos, gastroenteritis, obstrucción intestinal, impactación fecal. Dependiendo de la causa es cómo será el tratamiento. (Paliativos, 2008)

Obstrucción Intestinal.

Es frecuente en los pacientes en cuidados paliativos oncológicos sobre todo en los casos de tumores digestivos y ginecológicos. Las alternativas terapéuticas son la cirugía, el tratamiento endoscópico y el tratamiento médico, habitualmente la cirugía consiste en la realización de una colostomías paliativa, la decisión sobre el tratamiento quirúrgico es compleja, se necesita valorar cuidadosamente los beneficios que se obtienen con la cirugía en términos de resolución de la obstrucción, alivio del dolor, recidiva de la obstrucción y calidad de vida. (Paliativos, 2008)

Prevención y tratamiento de las úlceras.

Los problemas de la piel son muy frecuentes en las personas en fase final de la vida por diversas razones: malnutrición, deshidratación, inmovilidad, además de las que pueden derivarse de los tratamientos como radioterapia o quimioterapia, o por la propia naturaleza de la enfermedad como en el caso de las úlceras neoplásicas. Las lesiones por presión son lesiones de la piel que pueden afectar al músculo e incluso al hueso y están causadas por una combinación de factores entre los que destacan la presión, la tracción y el cizallamiento, siendo determinante la relación presión/tiempo para su aparición. Ante la aparición de lesiones por presión en pacientes en la fase final de la vida el tratamiento deber

ser realista en sus objetivos y aceptado por el paciente. El objetivo principal es minimizar el impacto de las lesiones por presión en la calidad de vida del paciente. (Paliativos, 2008)

Prurito.

Se define como la sensación desagradable que introduce al rascado y que mejora o cede al hacerlo. Su origen puede ser cutáneo, neuropático, neurogénico y psicógeno. La etiopatogenia del prurito es compleja y no suficientemente estudiada. Existen diferentes medidores químicos responsables de la aparición del prurito. Es un síntoma frecuente hasta en un 27% de los pacientes con tumores y en 77% en pacientes con insuficiencia renal avanzada. Para el tratamiento se debe hacer énfasis en los fármacos y una serie de medidas que son: mantener una hidratación cutánea correcta, dar baños con agua tibia y agentes emolientes, evitar alcohol y comidas picantes, recortar las uñas, uso de guantes de algodón nocturnos, evitar el calor y la ropa ajustada. En la insuficiencia renal avanzada puede utilizarse la fototerapia con rayos ultravioleta. (Paliativos, 2008)

Hipercalcemia.

Las características clínicas de la hipercalcemia maligna son a) General: deshidratación, polidipsia, prurito, b) Gastrointestinal: anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, estreñimiento, íleo paralítico, c) Neurológico: fatiga, letargo, confusión, miopatía, convulsiones, psicosis, d) Cardiológico: bradicardia, arritmias auriculares, ventriculares, aumento intervalo PR, disminución del intervalo QT, onda T ancha. El tratamiento consiste en la rehidratación seguida de la administración de fármacos hipocalcémiantes. (Paliativos, 2008).

Apoyo psicosocial.

Necesidades psicosociales.

Enfrentarse a una enfermedad amenazante para la vida ocasiona una serie de necesidades psicosociales en los pacientes como la ansiedad, depresión, el

abuso de sustancias. etc. Las personas utilizan distintos recursos para responder al sufrimiento psicológico que incluyen sus propios recursos de afrontamiento y el apoyo emocional de sus familiares y allegados. Sin embargo en ocasiones el nivel y naturaleza del sufrimiento es tal que pueden beneficiarse de un apoyo profesional. (Paliativos, 2008)

Aspectos relativos al momento vital: Según el momento de la vida y las circunstancias cambiará mucho la respuesta a la enfermedad, se considera por ejemplo si se trunca las expectativas de futuro precozmente.

Significado e impacto de la enfermedad: Encontrar sentido a la vida en esos momentos se correlaciona negativamente con depresión y está asociado a la capacidad de tolerar los síntomas y a la satisfacción con la propia calidad de vida.

Estilo de afrontamiento: Constituido por las estrategias que se utilizan para resolver problemas, incluye la negación, evitación, espíritu luchador, etc. Muchas veces un mismo paciente utiliza varias estrategias: afrontar lo que se siente capaz de asumir y evitar aquello que le abruma. La negación extrema es síntoma de depresión.

Impacto en la percepción de uno mismo: Hay múltiples constructos para el término dignidad, desde la autonomía y capacidad de decisión al mantenimiento de la imagen corporal, higiene o continuidad en las relaciones.

Relaciones: La preocupación por los miembros de la familia suele ser un aspecto esencial en los pacientes en fase final de la vida.

Fuente de estrés: Pueden ser económicas, de trabajo, legales, etc. (Paliativos, 2008)

Recursos espirituales.

Circunstancias económicas: La enfermedad puede tener un impacto económico muy grande en el paciente y su familia.

Relación médico-paciente: El paciente debe sentirse seguro, saber que sus necesidades van a ser atendidas. (Paliativos, 2008)

Intervenciones psicosociales.

De las intervenciones estudiadas, la terapia grupal, la educación, el consejo estructurado o no estructurado y la terapia cognitiva-conductual parecen ser las que ofrecen resultados más consistentes a medio y largo plazo. Los beneficios observados se centran fundamentalmente en aspectos psicosociales. Existe evidencia de que las intervenciones individualizadas, como las proporcionadas por personal de enfermería especializado o por un equipo multidisciplinar son eficaces. El mayor beneficio se observa en la disminución de la tristeza y la depresión y también se observa una mejoría en los mecanismos de afrontamiento. (Paliativos, 2008)

Apoyo Espiritual.

Todas las guías de cuidados paliativos mencionan la espiritualidad como un aspecto importante a considerar en los pacientes en la fase final de la vida, además de que está presente en la definición de cuidados paliativos. El bienestar espiritual es una experiencia subjetiva que incorpora salud emocional y preocupaciones acerca del sentido de la vida; pero no resulta relevante que los profesionales sanitarios crean o no que existe diferencia entre cuerpo, mente y espíritu para ofrecer buenos cuidados paliativos. Las necesidades espirituales pueden deducirse de aspectos tales como los estados de ánimo o los problemas económicos de relaciones personales, etc. (Paliativos, 2008)

La espiritualidad se trata de una dimensión que reúne actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de los estrictamente racional y material. Partiendo de esta idea de espiritualidad y que no forzosamente vinculada a la religión, debe considerarse imprescindible la valoración de esta necesidad en cualquier paciente. Para la valoración de las necesidades espirituales existe el instrumento con el acrónimo SPIRIT de la Guía ICSI que debe incluir: sistema de creencias espirituales, espiritual personal, integración

en una comunidad espiritual, rituales, restricciones, implicaciones para el cuidado médico y planificación de últimas disposiciones. (Paliativos, 2008)

Influencia de los aspectos espirituales en la evolución de los pacientes.

Sentido de la fe: Todos los estudios que hablan de fe se refieren a su aspecto religioso mostrando que la fe otorga fuerza, se asocia a actitudes positivas con relación al diagnóstico y a la calidad de vida.

Empoderamiento y confianza: Incluye ausencia de problemas económicos, sentido de autonomía y control, alegría y paz interior, ganas de vivir y cumplimiento del proyecto vital. Estos aspectos están relacionados con aumento del bienestar espiritual, una vida con significado, con la calidad de vida y con una buena muerte.

Vivir con sentido y esperanza: Los enfermos capaces de encontrar sentido a la vida y de tener esperanza tienen mayor bienestar espiritual, mejor calidad de vida y menor sufrimiento psicológico. (Paliativos, 2008).

No existe evidencia apropiada que determina como debería proporcionarse la atención espiritual, se recomienda escuchar las experiencias del paciente y las preguntas que le puedan surgir, afirmar su humanidad, proteger su dignidad, autoestima e identidad y garantizar que se ofrezca apoyo espiritual como parte integral de una atención que abarque los cuidados psicológicos, espirituales, sociales y emocionales de acuerdo a las creencias del paciente o a su filosofía de vida. (Paliativos, 2008)

Apoyo psicosocial a la familia.

Necesidades de apoyo psicosocial de la familia.

Según los estudios son: ayuda domiciliaria, apoyo informal, información, ayuda económica y ayudas para el cansancio, la ansiedad y el aislamiento, los temas prioritarios para los cuidadores son la información y el apoyo psicológico aunque existe mucha información acerca de las necesidades de los cuidadores

hay poca efectividad de las intervenciones. Otro aspecto que mencionan es la falta de calidad en los servicios, entendida como dificultades de acceso, exceso de trámites burocráticos, falta de coordinación entre niveles y vacíos en la asistencia que hacen que teman por ejemplo los problemas que puedan surgir en fin de semana. (Paliativos, 2008)

Atención en los últimos días.

Agonía.

La fase terminal son los últimos días en la vida del enfermo requieren una atención especial, en esta etapa pueden aparecer nuevas necesidades y causas de sufrimiento tanto para el enfermo como para la familia, las cuales requieren un enfoque dirigido a potenciar el bienestar y el control físico, emocional, y espiritual, a fomentar la consecución de una muerte digna y en paz; y a apoyar a familiares y cuidadores para que el recuerdo de esta fase sea lo más positivo posible. El sufrimiento pobremente aliviado en los días previos a la muerte del enfermo se recuerda siempre por familiares y puede causar sufrimiento incluso por años. La atención en los últimos días del paciente implica un diagnóstico adecuado, comprender las características del sufrimiento del enfermo, proporcionar los mejores cuidados y apoyar a la familia y a los allegados. (Paliativos, 2008)

Diagnóstico, signos y síntomas en la fase terminal del paciente moribundo.

Algunas características que identifican a la persona en esta fase final son: Aumento de la sensación de cansancio, debilidad y somnolencia, menor interés por levantarse de la cama o recibir visitas, menor interés por lo que sucede alrededor, mayor frecuencia de confusión, ocasionalmente acompañada de angustia y agitación. (Paliativos, 2008)

Cuidados físicos: Revisar la medicación y suspender todos los tratamientos que no sean imprescindibles, asegurarse de que esté disponible la mediación que pueda ser necesaria y prepara alternativas, suspender todas las pruebas e

intervenciones innecesarias, mantener la observación para obtener el mejor control de síntomas posible. (Paliativos, 2008)

Aspectos psicológicos: Explorar los temores y deseos del paciente, permitir al paciente expresar su tristeza y ansiedad, tranquilizarle respecto a los síntomas, asegurarle que se le ofrecerán todos los medios posibles para aliviar su sufrimiento. (Paliativos, 2008)

Aspectos sociales o familiares: Asegurarse de que la familia conoce el estado de muerte inminente del paciente, utilizar un lenguaje claro, sin ambigüedades, no dar por supuesto el conocimiento sobre la agonía, considerar todos los motivos de duda y preocupación que pueden surgir: cansancio, miedo a las responsabilidades, temor a no darse cuenta de que la muerte es inminente, sentimientos de culpa por momentos de distracción o descanso, proporcionar un ambiente tranquilo donde pasar los últimos días con el paciente. (Paliativos, 2008)

Aspectos espirituales: Mostrarse receptivo respecto a las necesidades culturales y religiosas del paciente y de su familia, facilitar el acceso del paciente a ritos, visitas de religiosos, si así lo desea. (Paliativos, 2008)

Aspectos relacionados con el entorno en el que el enfermo es atendido: Intimidad, higiene y facilidades para necesidades fisiológicas, ambiente tranquilo y silencioso, libre de ruidos molestos, espacio suficiente que permita a familiares y amigos sentarse de forma confortable con el paciente, facilidades para que los familiares puedan pernoctar cerca del paciente para recibir confort en momentos difíciles y para poder permanecer fuera de la habitación. (Paliativos, 2008)

Sedación Paliativa.

Es la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal. La sedación en la agonía es un caso particular de la

sedación paliativa y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. (Paliativos, 2008)

Duelo

El duelo humano se define como la reacción natural, normal y esperable de adaptación a la pérdida de un ser querido, que sufren familiares y amigos antes, durante y después de su fallecimiento. Es una experiencia de sufrimiento total, entendiendo por tal el proceso físico, emocional, socio familiar y espiritual por el que pasa el doliente en todos esos momentos e incluye el conjunto de expresiones conductuales, emocionales, socio familiares y culturales del mismo. La reacción del duelo se caracteriza por ser única, es un vivencia completamente personal e intransferible; dinámica, cambiante momento a momento y con una cronología compleja, no se sabe muy bien cuándo empieza ni cuando acaba. No es un enfermedad pero es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, la muerte de un hijo o del cónyuge son consideradas las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona. (Paliativos, 2008)

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de Tipo: Cuantitativo, Transversal, No experimental, Descriptivo.

3.2 Población

La población fue todo el personal de Enfermería que proporciona cuidado al paciente en estado crítico susceptibles a recibir cuidados paliativos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital general Regional No. 1 “Vicente Guerrero” IMSS Acapulco 2018.

3.3 Plan de Muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, por conveniencia, utilizando los criterios de selección.

3.4 Criterios de selección:

De inclusión: Personal de Enfermería y Médicos que proporciona cuidados paliativos al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital general Regional No. 1 “Vicente Guerrero” IMSS Acapulco 2018.

De exclusión: Personal de Enfermería y Médicos que no proporciona cuidados en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital general Regional No. 1 “Vicente Guerrero” IMSS Acapulco 2018.

De eliminación: Personal de Enfermería y Médicos que su paciente se va de alta, cambia de servicio o muerte en el Hospital general Regional No. 1 “Vicente Guerrero” IMSS Acapulco IMSS 2018.

3.5 Instrumento

El instrumento utilizado fue: Observativo participativo en base a una guía de acciones y preguntas basada en la Guía de Práctica Clínica Cuidados Paliativos. (Ver Anexo)

3.6 Variables

3.6.1 Variables Dependientes:

Cuidados Paliativos de Enfermería

3.6.2 Variables Independientes:

Edad

Estado Civil

Experiencia laboral

Sexo

Profesión

3.7 Método de recolección de la información

Mediante un consentimiento informado se dio a conocer al personal de enfermería una guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos, que elabore con la finalidad de recabar la información necesaria, para saber el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos, se medió si aplicaban y como lo hacían al mismo tiempo participaba en algún evento si lo ameritaba mediante un estudio de sombra

3.8 Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el software Excel, SPSS, para el diseño de las tablas y gráficas.

CAPÍTULO 4
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

En el proceso del estudio observacional participativo detectamos un deficiente conocimiento sobre cuidados paliativos, según la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, la Guía de práctica clínica de cuidados paliativos de México 2010, no solo de enfermería si no del equipo multidisciplinario iniciando por la institución quien no se apega a esta normativa, también encontramos que no se cuenta con el equipo multidisciplinarios completo de acuerdo a la normativa.

Tabla 1: Evaluación general de los cuidados paliativos antes de la capacitación

		Cuidados paliativos generales			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cumple parcialmente	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 1: Evaluación general de los cuidados paliativos antes de la capacitación



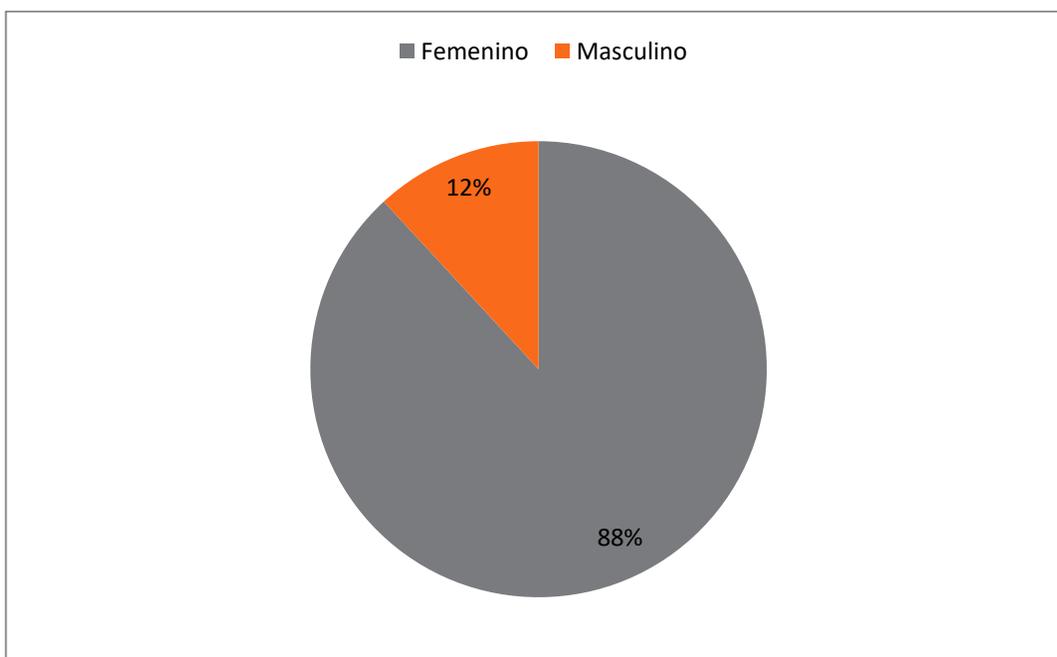
Las siguientes tablas y graficas son el resultado después de la aplicación de la capacitación al personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, así como la distribución de folletos.

En la tabla y grafica 1 se observó el resultado sobre el sexo, lo cual se encontró que el 88.5% del personal de enfermería fueron mujeres y el 11.5% hombres.

Tabla 2: Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos FEMENINO	23	88.5	88.5	88.5
MASCULINO	3	11.5	11.5	100.0
Total	26	100.0	100.0	

Gráfica 2: Sexo



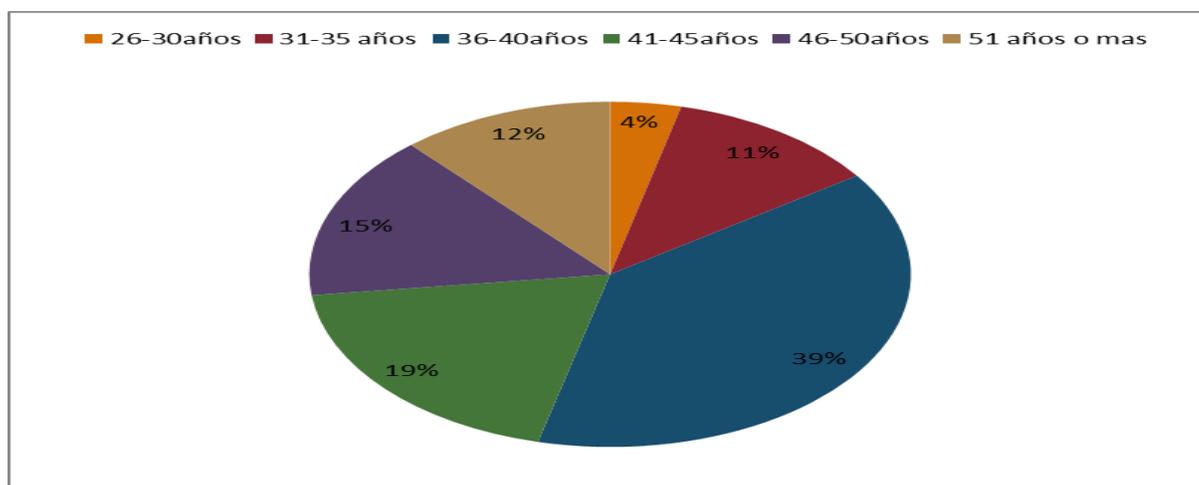
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos de elaboración propia Diciembre 2018.

En la tabla y grafica 2 se observó el resultado sobre la edad la cual se encontro que el 3.8% tuvieron de 26 a 30 años de edad, el 11.5% entre 31 a 35 años, el 38.5% entre 36 a 40 años, 19.2% entre 41 a 45 años, 15.4% entre 46-50 años y el 11.5% tine mas de 50.

Tabla 3: Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
26-30 años	1	3.8	3.8	3.8
31-35 años	3	11.5	11.5	15.4
36-40 años	10	38.5	38.5	53.8
Válidos 41-45 años	5	19.2	19.2	73.1
46-50 años	4	15.4	15.4	88.5
51 años ó más	3	11.5	11.5	100.0
Total	26	100.0	100.0	

Gráfica 3: Edad



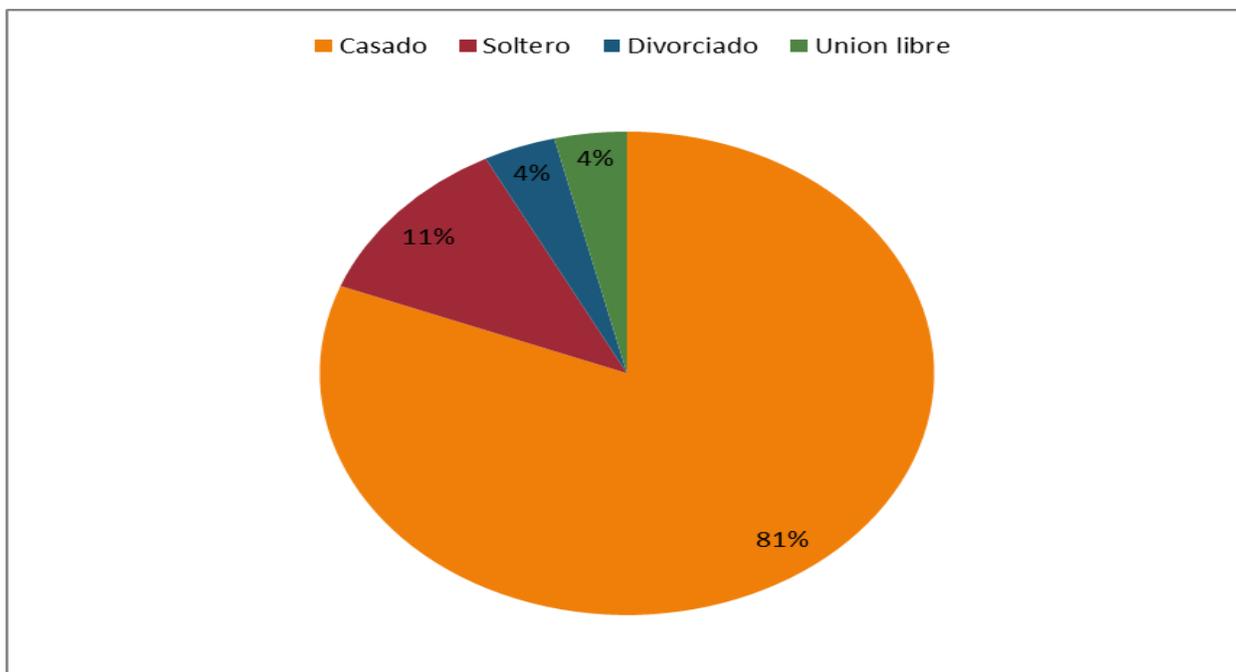
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos de elaboración propia Diciembre 2018.

En la tabla 3 se observó el estado civil del personal de Enfermería, encontrando que el 80.8% eran casados, el 11.5% solteros, 3.8% divorciados y el 3.8% unión libre.

Tabla 4: Estado civil del personal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casado	21	80.8	80.8
	Soltero	3	11.5	92.3
	Divorciado	1	3.8	96.2
	Unión Libre	1	3.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0

Gráfica 4: Estado civil



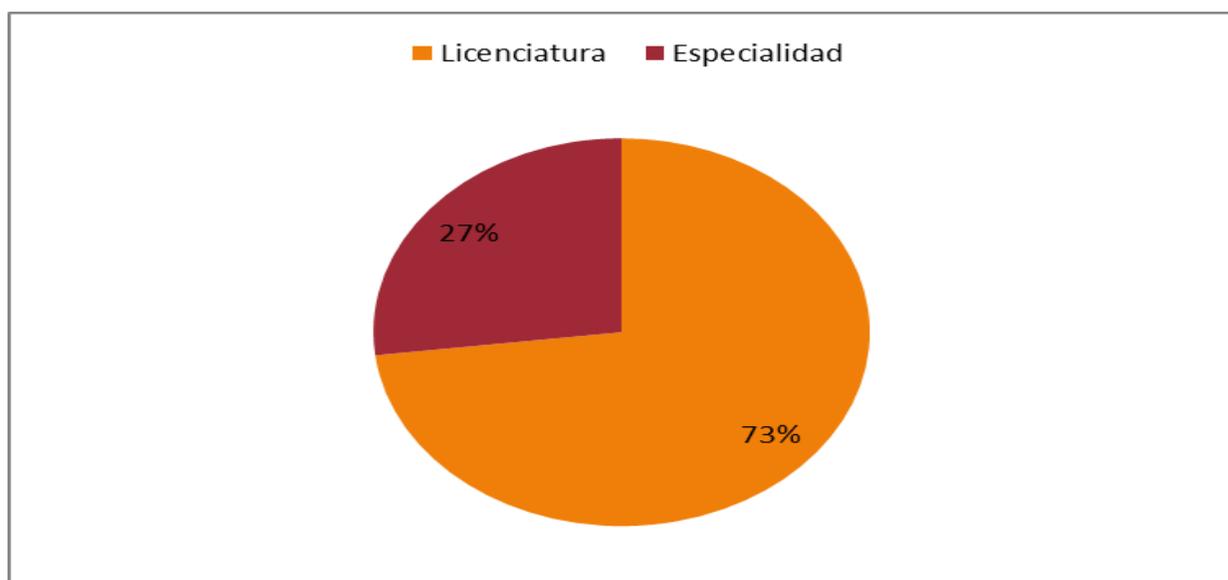
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos de elaboración proia Diciembre 2018.

Con respecto a la formación académica se encontró que un 73.1% del personal eran especialistas en cuidados intensivos y el 26.9% tenían licenciatura. Así se observa en la tabla 4 y gráfica 4.

Tabla 5: Formación académica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Licenciatura	7	26.9	26.9	26.9
Válidos Especialidad	19	73.1	73.1	100.0
Total	26	100.0	100.0	

Gráfica 5: Formación académica



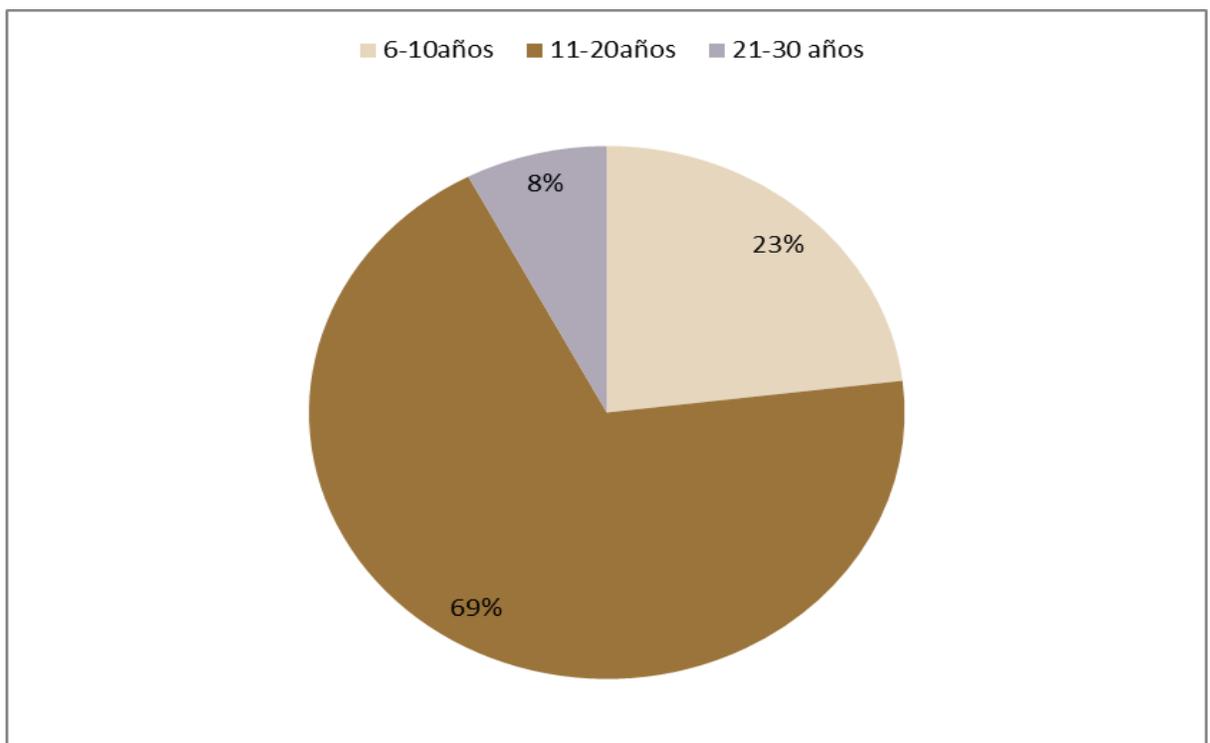
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos de elaboración propia. Diciembre 2018.

En la tabla y grafica 5 se muestra el resultado sobre el tiempo que tenían laborando en esta institución se encontró un mayor porcentaje del 69.2% con 10-20 años de edad, un 23.1% de 6 a 10 años de edad y un 7.7% entre 21 a 30 años de antigüedad

Tabla 6: Experiencia laboral

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	6-10 años	6	23.1	23.1
	11-20 años	18	69.2	92.3
	21-30 años	2	7.7	100.0
	Total	26	100.0	100.0

Gráfica 6: Experiencia laboral



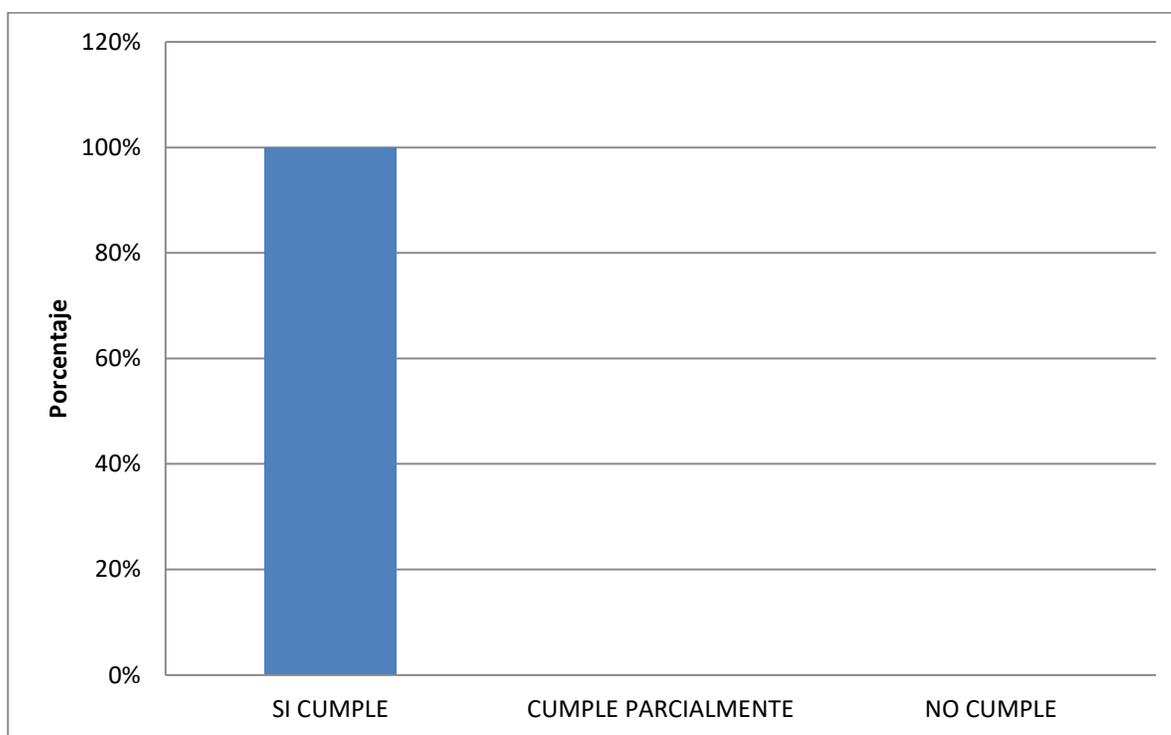
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos. De elaboración propia Diciembre 2018

En la Tabla y gráfica 6 se muestra el resultado sobre la realización de una evaluación inicial de acuerdo a las necesidades del paciente y se registra en la historia clínica, se encontró en dicho estudio que el 100% del personal de enfermería si cumplió con este apartado.

Tabla 7: Evaluación inicial a las necesidades del paciente que queda registrada en la historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SÍ CUMPLE	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 7: Porcentaje de Evaluación inicial a las necesidades del paciente que queda registrada en la historia clínica



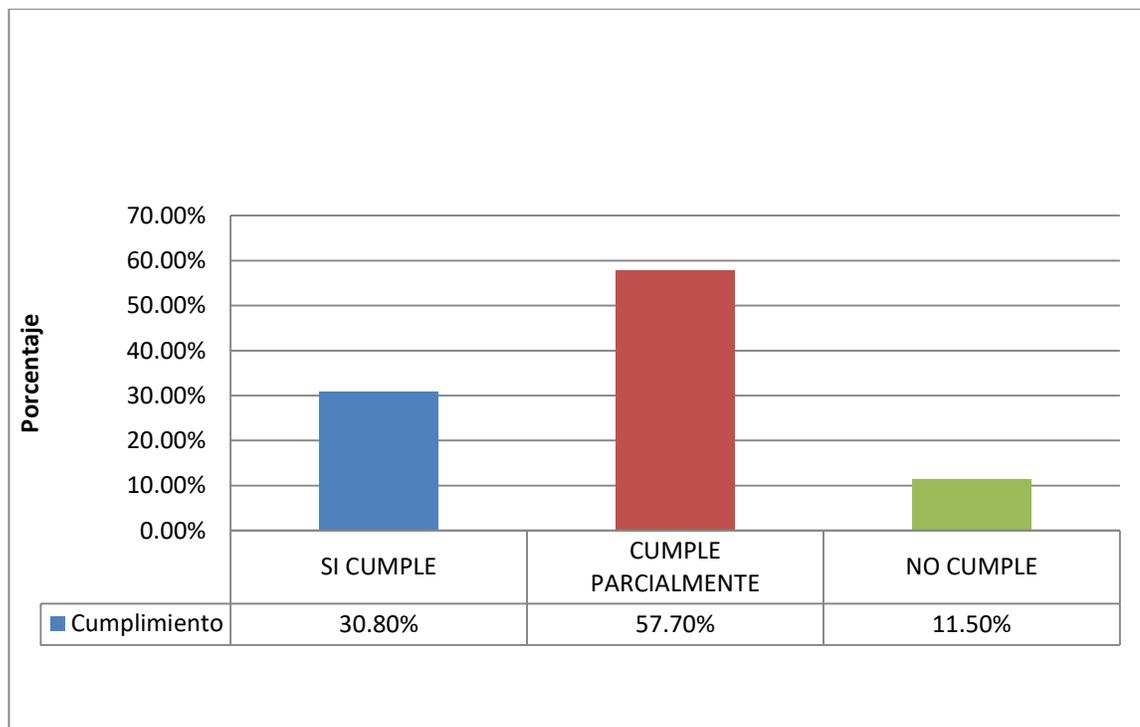
Fuente: datos Obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos de elaboración propia, Diciembre 2018

En la Tabla y gráfica 7 se observa al personal de Enfermería que cumplió al revisar la evaluación de las necesidades del paciente periódicamente, se encontró que el 30.8% del personal de enfermería si cumplió. El 57.7% de enfermería cumplió parcialmente y el 11.5% no cumplió.

Tabla 8: Personal de Enfermería revisa la evaluación de las necesidades del paciente periódicamente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SÍ CUMPLE	8	30.8	30.8	30.8
CUMPLE	15	57.7	57.7	88.5
PARCIALMENTE	3	11.5	11.5	100.0
NO CUMPLE				
Total	26	100.0	100.0	

Gráfica 8: Porcentaje del Personal de Enfermería revisa la evaluación de las necesidades del paciente periódicamente



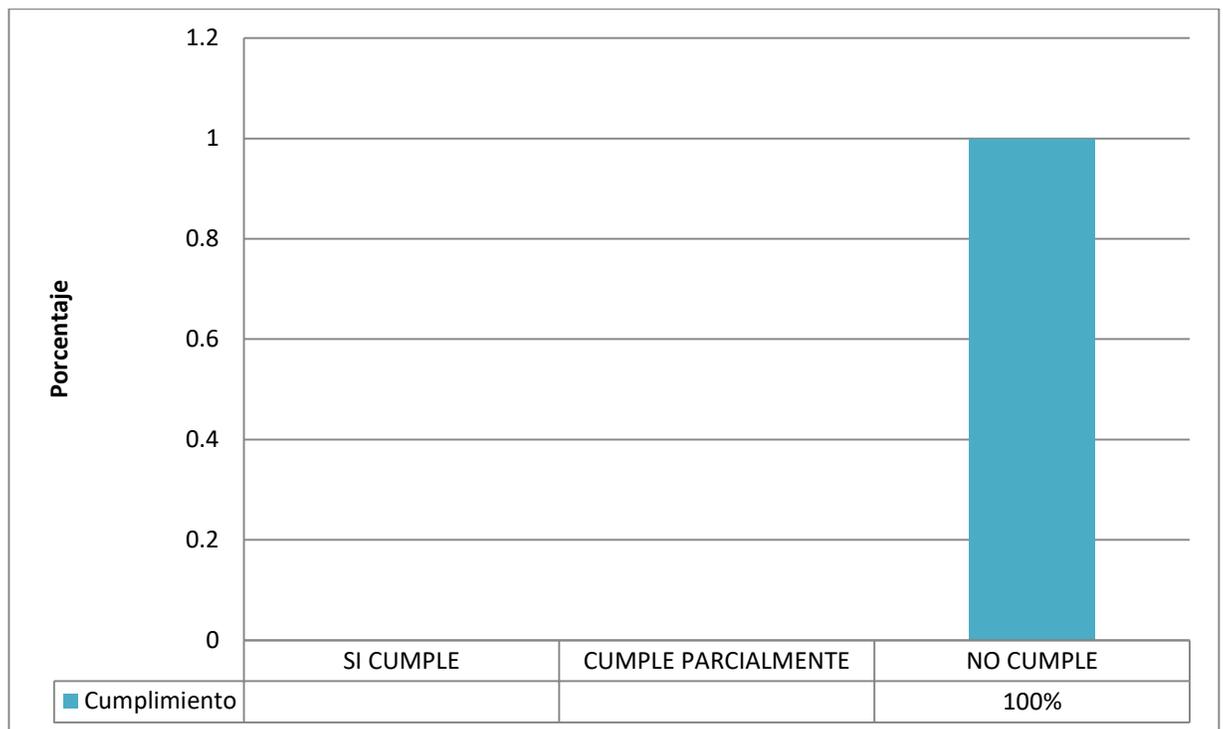
Fuente: datos Obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboracion propia.diciembre 2018.

En la Tabla y gráfica 8 se muestra el resultado del personal de Enfermería que contempla el apoyo a las necesidades de la familia ó entorno del cuidador del paciente.

Tabla 9: Personal de Enfermería contempla el apoyo a las necesidades de la familia o entorno cuidador del paciente en su Plan de Atención

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO CUMPLE	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 9: Porcentaje del cumplimiento del plan de atención que contempla las necesidades de la familia y del paciente



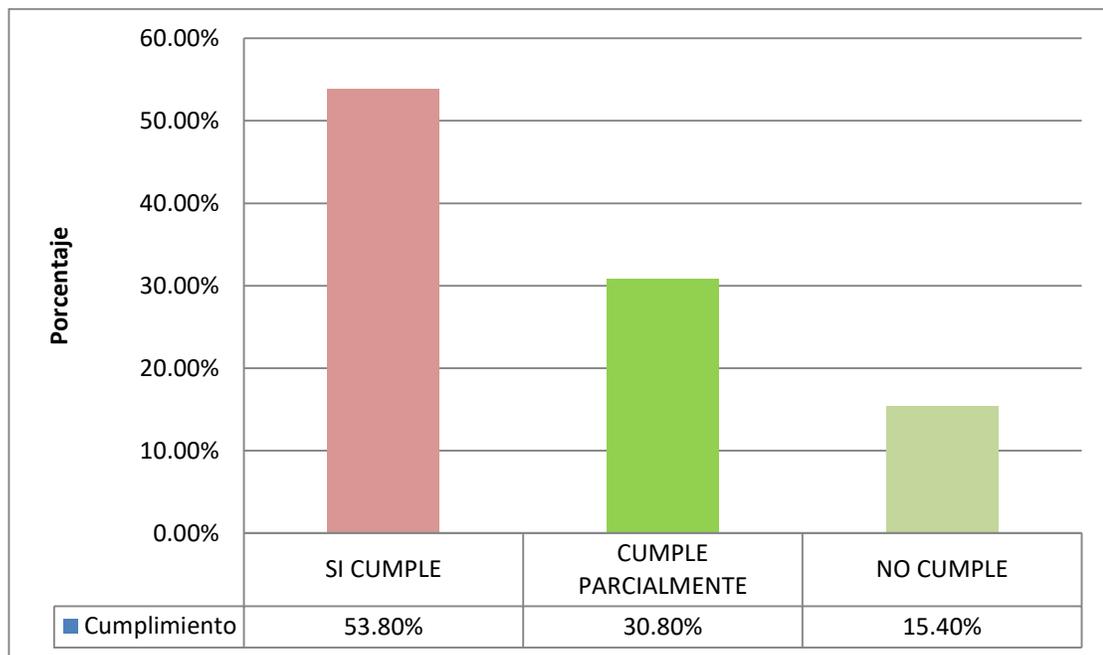
Fuente: datos Obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos. elaboración propia diciembre 2018.

Tabla y gráfica 9 muestra el resultado del personal de Enfermería que reevalúa periódicamente los objetivos terapéuticos del paciente, observando que el 53.8% si cumple, el 30.8% cumple parcialmente y el 15.4% no cumple con lo establecido.

Tabla 10: Personal de Enfermería reevalúa periódicamente los objetivos terapéuticos del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SÍ CUMPLE	14	53.8	53.8	53.8
	CUMPLE PARCIALMENTE	8	30.8	30.8	84.6
	NO CUMPLE	4	15.4	15.4	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Gráfica 10: Porcentaje de reevalúa periódicamente los objetivos terapéuticos del paciente



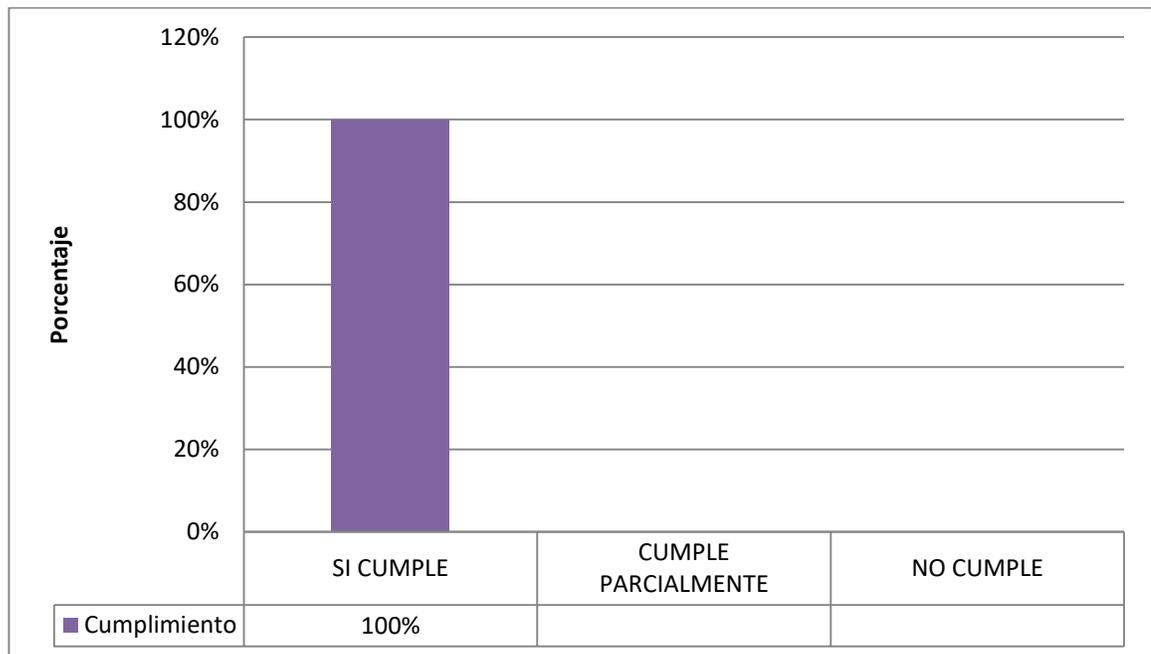
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboración propia . Diciembre 2018.

La Tabla y gráfica 10 nos muestran el resultado del personal de Enfermería que permite la confidencialidad de sus pacientes, cumpliendo con un 100

Tabla 11: El personal de Enfermería permite la confidencialidad con la comunicación y el trato con los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SÍ CUMPLE	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 11: Porcentaje del personal que permite la confidencialidad con la comunicación y el trato con los pacientes



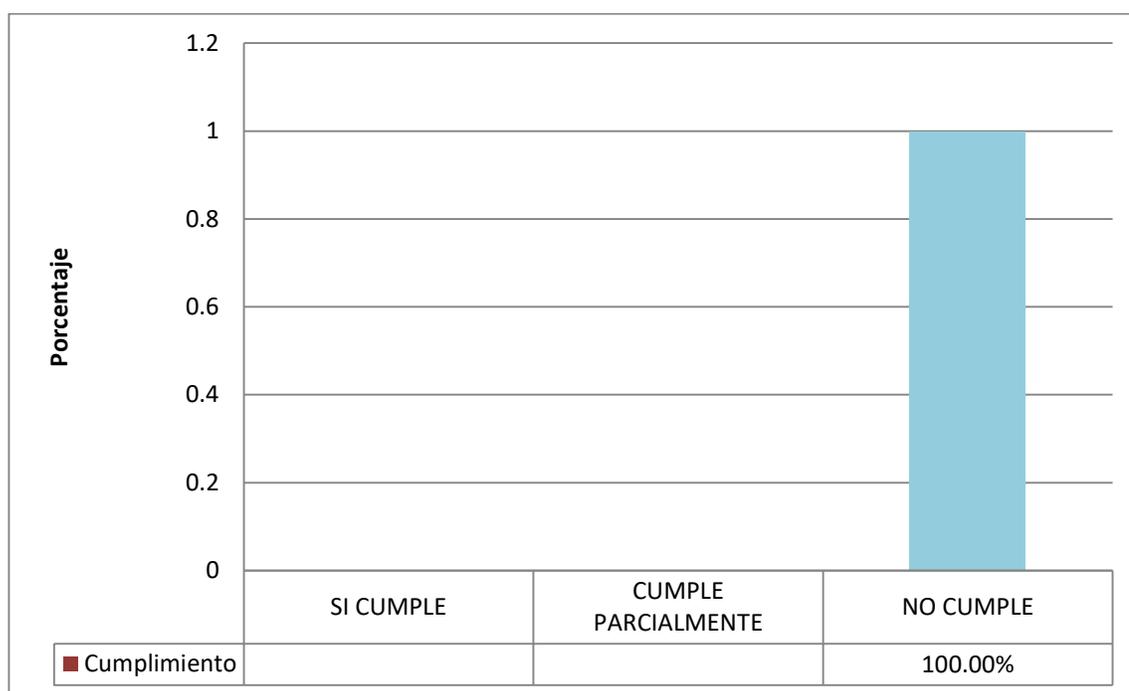
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboración propia. Diciembre 2018.

Tabla y gráfica 10 muestra el resultado del personal de Enfermería que trabajo a través de un plan de mejora de calidad, observando que el 53.8% si cumple el 34,6% cumple parcialmente y el 11.5% no cumple

Tabla 12: El personal de Enfermería identifica y trabaja un plan de mejora continua de la calidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO CUMPLE	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 12: Porcentaje del personal que identifica y trabaja un plan de mejora continua de la calidad



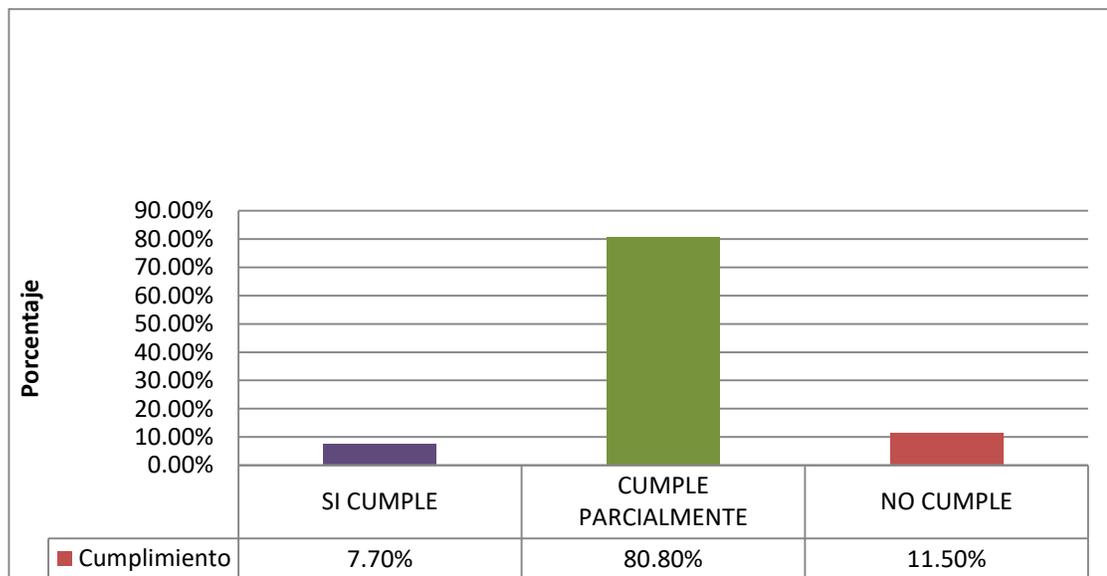
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboración propia. Diciembre 2018

En la Tabla y gráfica 12 se observa el resultado del personal de Enfermería que conoce periódicamente la opinión y satisfacción de sus pacientes y familiares contando que solo el 7.7% si cumplió. El 80.8% cumplió parcialmente y el 11.5% no cumplió con lo establecido.

Tabla 13: El personal de Enfermería conoce periódicamente la opinión y satisfacción de sus pacientes y familias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SÍ CUMPLE	2	7.7	7.7	7.7
	CUMPLE PARCIALMENTE	21	80.8	80.8	88.5
	NO CUMPLE	3	11.5	11.5	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Gráfica 13: porcentaje del personal que conoce periódicamente la opinión y satisfacción de sus pacientes y familias



Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboración propia Diciembre 2018.

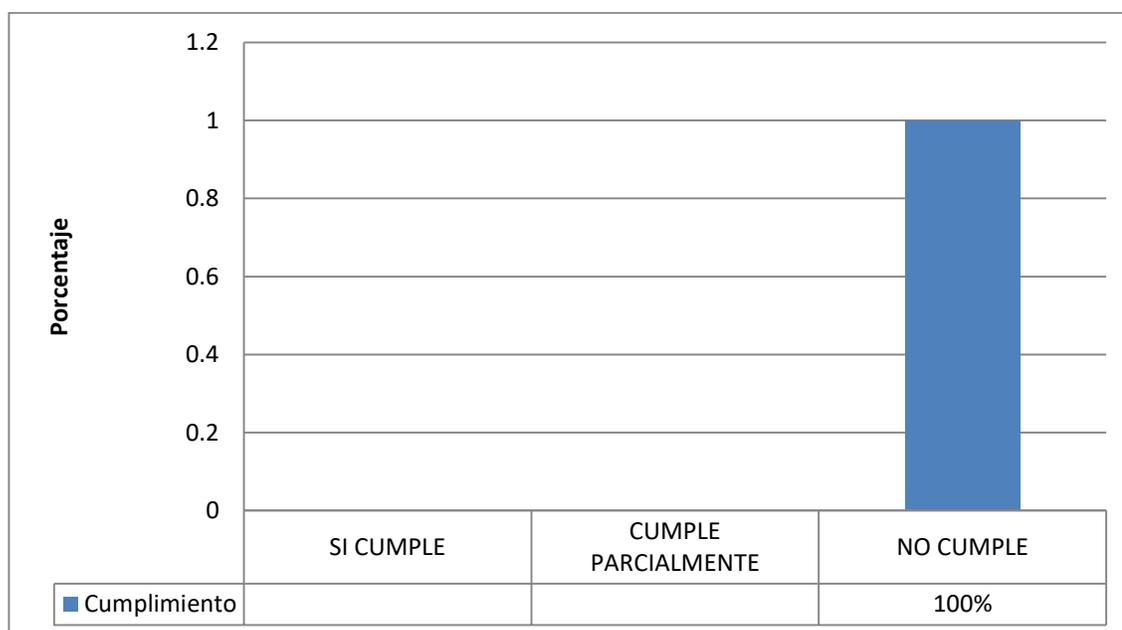
El resultado que se observa en la tabla y gráfica 13 del personal de Enfermería que registro la educación del paciente y familia en documentación adecuada. El 100% del personal de enfermería no cumplió con lo establecido.

Tabla 14: El personal de Enfermería registra la educación del paciente y la familia en una documentación apropiada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
--	------------	------------	------------	------------

				válido	acumulado
Válidos	NO CUMPLE	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 14: Porcentaje del cumplimiento de registro de educación al paciente y familiar



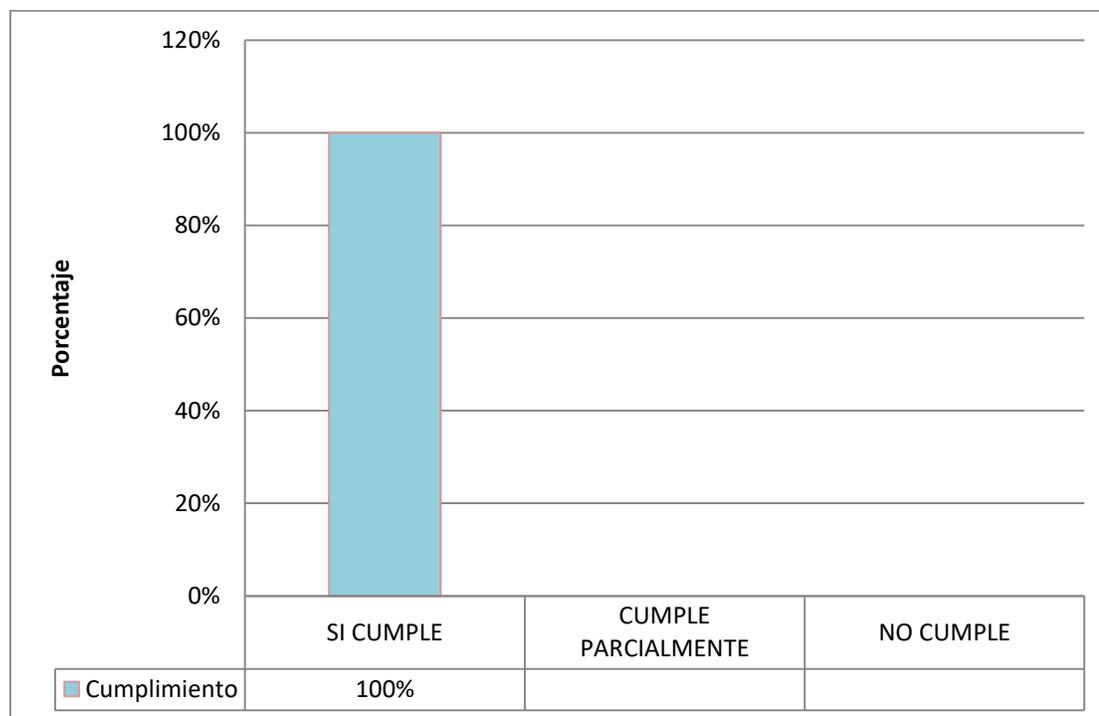
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboración propia Diciembre 2018.

El resultado que se observa en la tabla y gráfica 14 se muestra que el 100% del personal de Enfermería si cumplió con una valoración del Dolor con escalas validadas,

Tabla 15: personal de Enfermería utiliza escalas validadas para la evaluación del dolor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SÍ CUMPLE	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 15: Porcentaje de utilización de escalas validadas para la evaluación del dolor



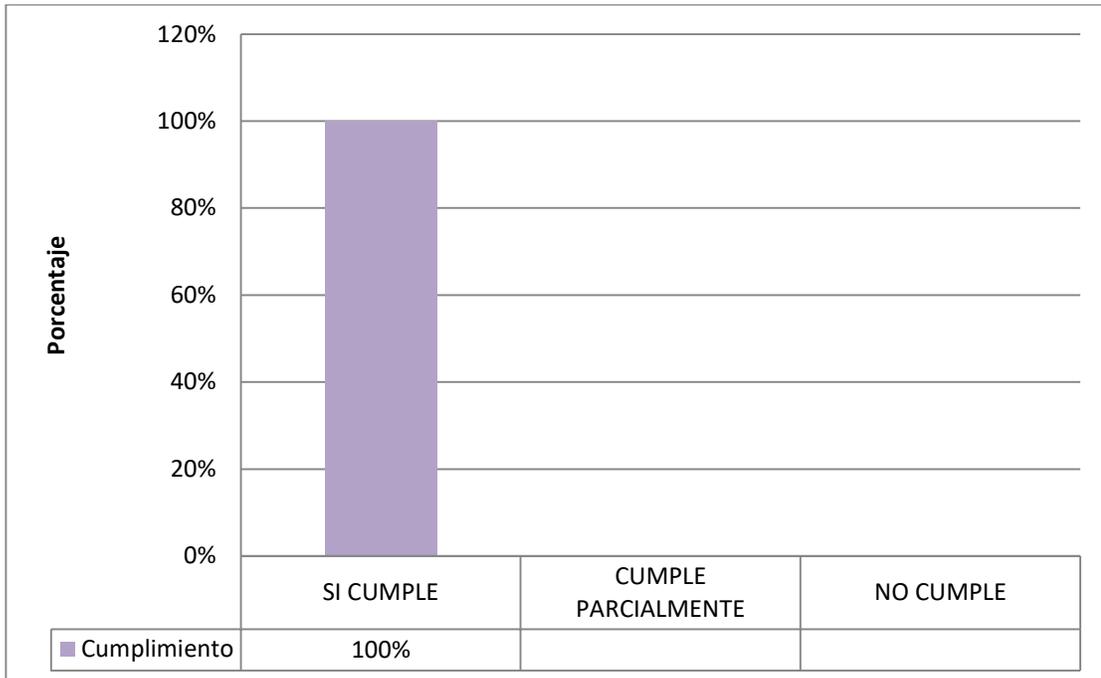
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboración propia Diciembre 2018.

El resultado que se observa en la tabla y gráfica 15 del personal de Enfermería muestra que el 100% si cumplió con el registro del control de síntoma y los resultados del plan terapéutico.

Tabla 16: Personal de Enfermería registra el control de síntomas y los resultados del plan terapéutico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SÍ CUMPLE	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 16: Porcentaje del personal que registra el control de síntomas y los resultados del plan terapéutico



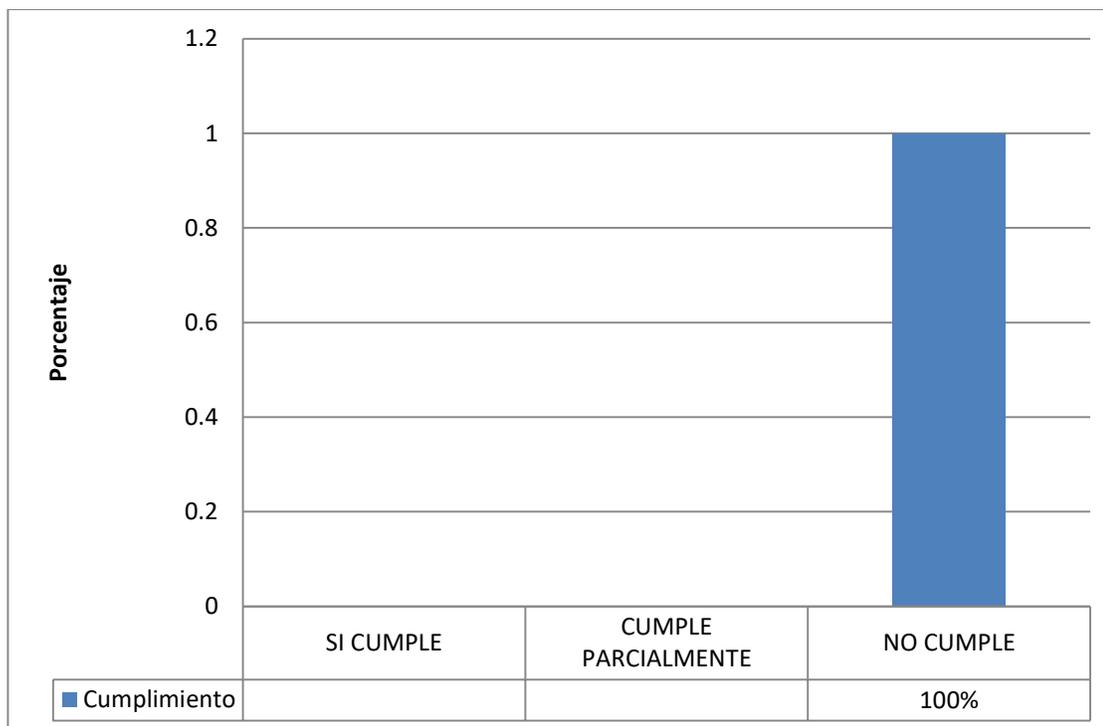
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos. Elaboración propia Diciembre 2018.

El resultado que se observa en la tabla y gráfica 16 muestra que el 100% del personal de Enfermería no cumplió con los cuidados paliativos al paciente en estado terminal de acuerdo a la norma oficial mexicana 011-SSA32014.

Tabla 17: personal de Enfermería brinda cuidados paliativos a paciente en estado terminal de acuerdo a la norma oficial mexicana 011-SSA32014

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO CUMPLE	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 17: Porcentaje del personal de Enfermería brinda cuidados paliativos a paciente en estado terminal de acuerdo a la norma oficial mexicana 011-SSA32014



. Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboración propia Diciembre 2018.

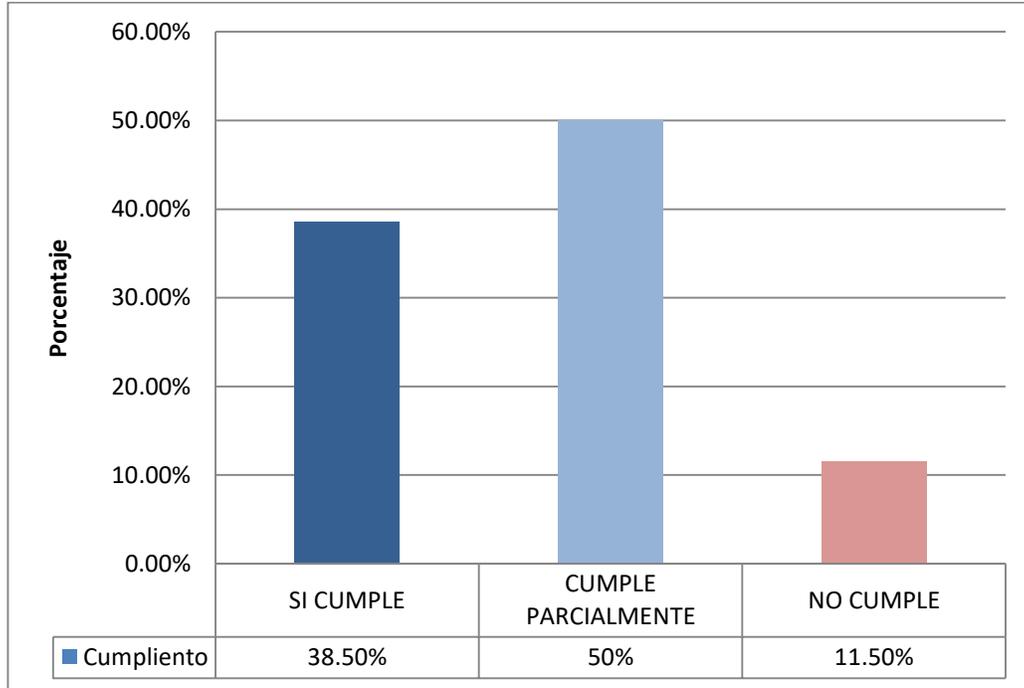
En la tabla y gráfica 17 obtenemos como resultado que del personal de Enfermería que establece los criterios y procedimientos que permiten presentar a través del equipo multidisciplinario de salud, el 38.5% si cumplió, el 50% cumplió parcialmente y el 11.5% no cumplió con los criterios.

Tabla 18: Personal de Enfermería establecer los criterios y procedimientos mínimos indispensables que permitan presentar a través del equipo multidisciplinario de salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SÍ CUMPLE	10	38.5	38.5	38.5
CUMPLE PARCIALMENTE	13	50.0	50.0	88.5
NO CUMPLE	3	11.5	11.5	100.0

Total	26	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Gráfica 18: Porcentaje del cumplimiento de los procedimientos mínimos indispensables a través del equipo multidisciplinario



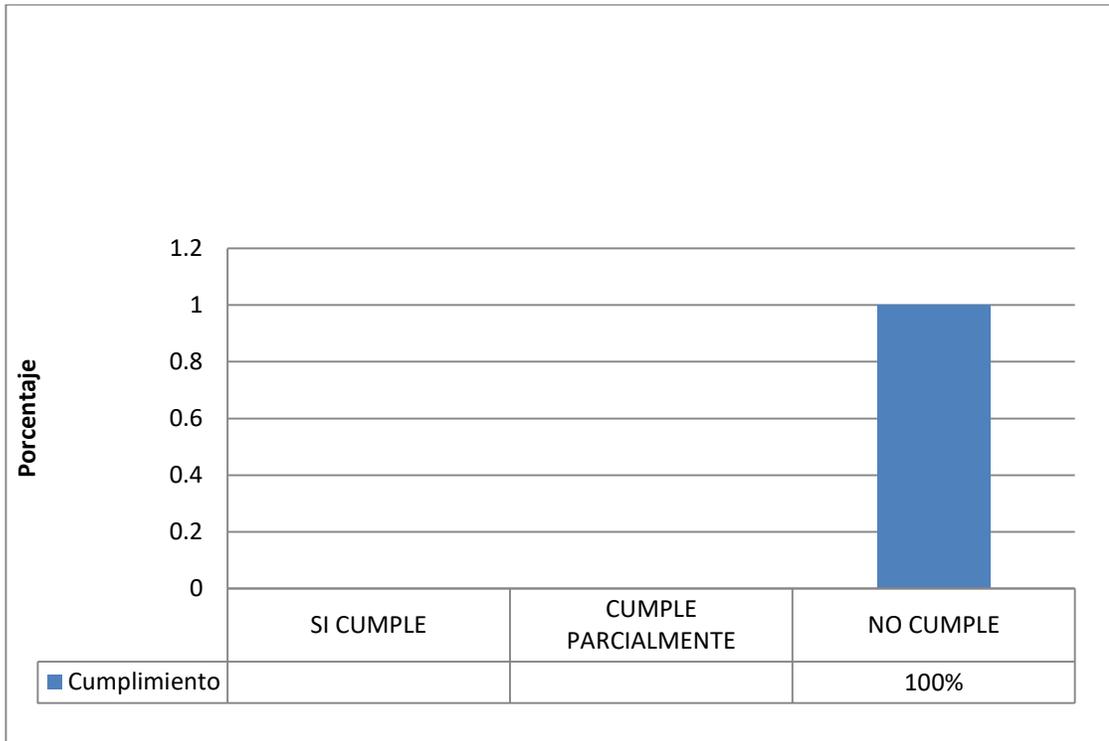
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboración propia Diciembre 2018

En la tabla y gráfica 18 podemos observar el resultado obtenido del personal de Enfermería que registro todas las acciones relacionadas con el plan de cuidados paliativos mostrando que el 100% si cumplió con esto.

Tabla 19: El personal de Enfermería registra todas las acciones que están relacionadas con el plan de cuidados paliativos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO CUMPLE	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 19 : Porcentaje del cumplimiento del personal que registra todas las acciones que están relacionadas con el plan de cuidados paliativos



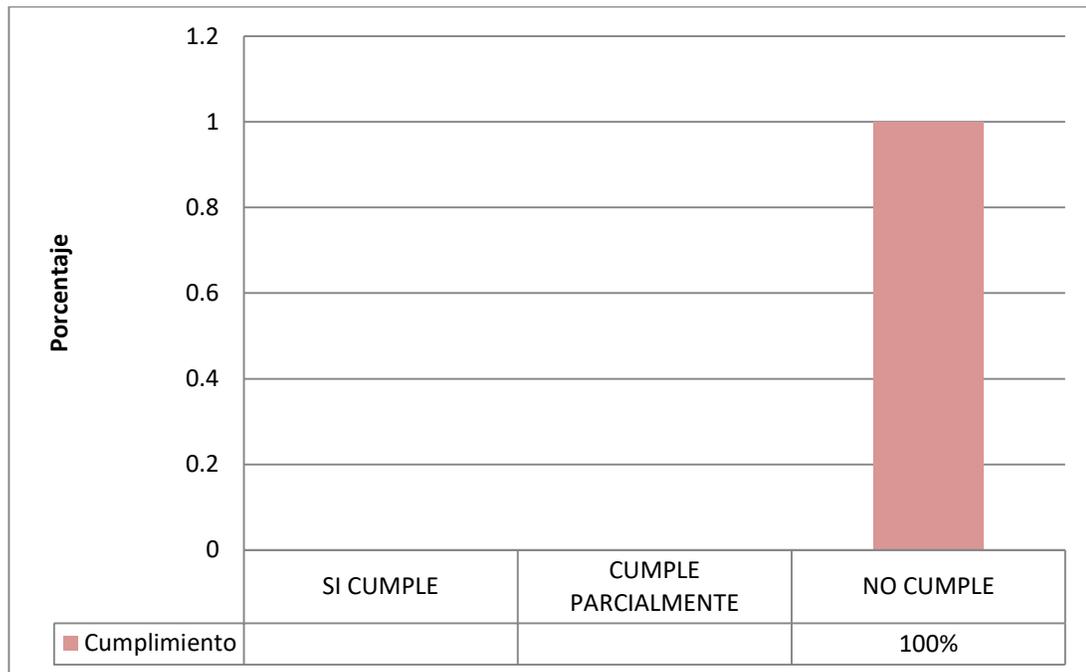
Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboración propia Diciembre 2018

El resultado que se observa en la tabla y gráfica 19 muestra que el 100% del personal de Enfermería no brindó atención mediante aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Tabla 20: Personal de Enfermería brinda atención mediante aspectos psicológicos, sociales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO CUMPLE	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 20: Porcentaje del cumplimiento del personal de enfermería que brinda atención, mediante aspectos psicológicos y sociales



Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboración propia diciembre 2018.

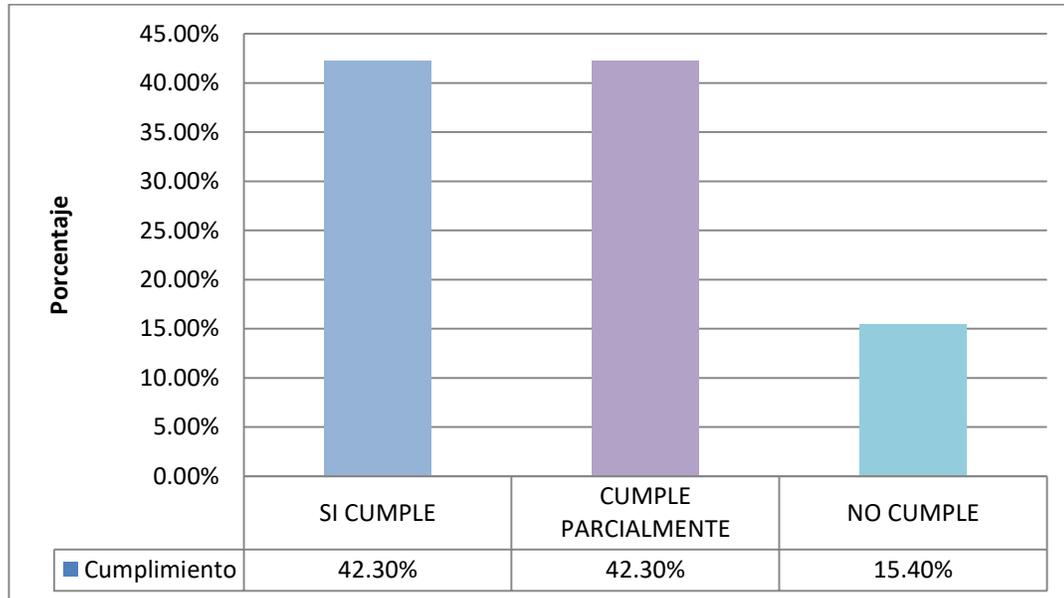
El resultado que se observa en la tabla y gráfica 20 muestra como 42.3% del personal de Enfermería si brindo cuidados paliativos con absoluto respeto, trato digno y profesional, el 42.3% cumple parcialmente y el 15.4% no cumple con lo que se establece.

Tabla 21: Personal de Enfermería brinda cuidados paliativos con absoluto respeto, trato digno y profesional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SÍ CUMPLE	11	42.3	42.3	42.3
CUMPLE PARCIALMEN	11	42.3	42.3	84.6

TE				
NO CUMPLE	4	15.4	15.4	100.0
Total	26	100.0	100.0	

Gráfica 21: Porcentaje del cumplimiento del personal que brinda cuidados paliativos con absoluto respeto, trato digno y profesional

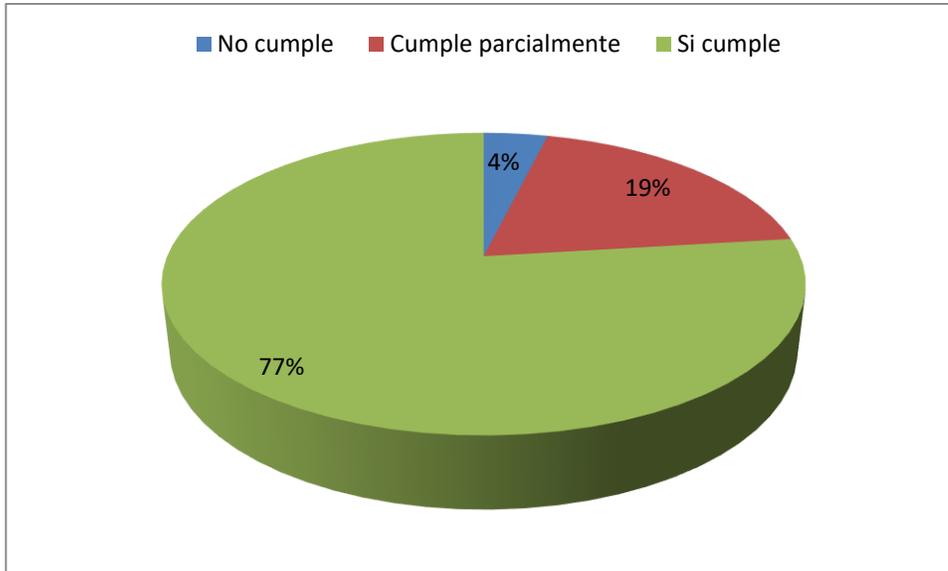


Fuente: Datos obtenidos mediante la guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos elaboración propia diciembre 2018. El la tabla y grafica 22 se muestra el resultado del porcentaje de personal de enfermería que brinda cuidados paliativos físicos, donde se encontro que el 76.9% si cumplio, despues de la capacitación brindada y un 19.2% cumplio parcialmente.

Tabla 22: Cuidados paliativos físicos

	Frecuencia	Paliativo físico	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No cumple	1	3.8	3.8	3.8
Cumple parcialmente	5	19.2	19.2	23.1
Si cumple	20	76.9	76.9	100.0
Total	26	100.0	100.0	

Gráfica 22: Cuidados paliativos físicos

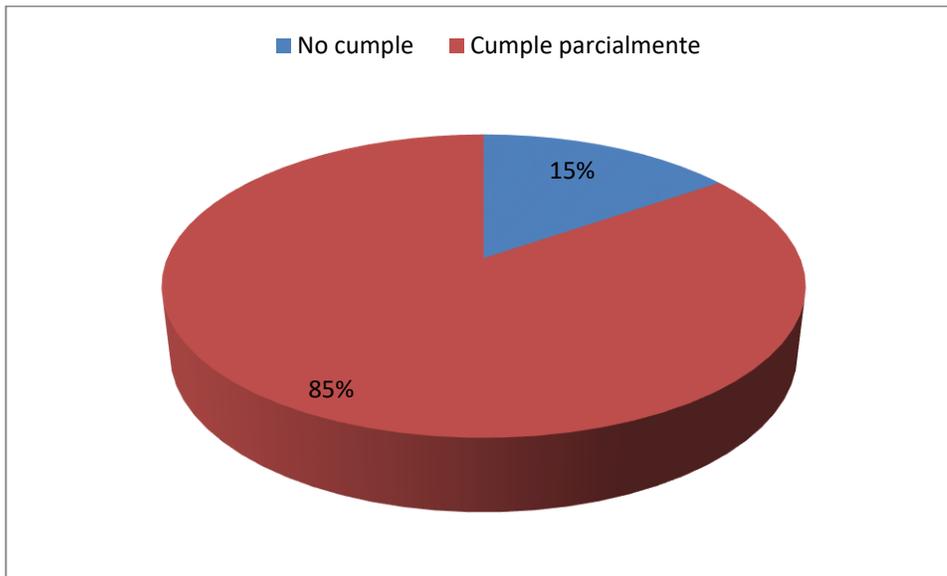


El la tabla y grafica 23 se muestra el resultado del porcentaje de personal de enfermeria que brinda cuidados paliativos psicologicos, donde se encontro que el 84,6% cumple parcialmente y un 15.4% no cumple con la atencion en estos cuidados.

Tabla 23: Cuidados paliativos psicológicos

	Frecuencia	Paliativo psicológico	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No cumple	4	15.4	15.4	15.4
Cumple parcialmente	22	84.6	84.6	100.0
Total	26	100.0	100.0	

Gráfica 23: Cuidados paliativos psicológicos

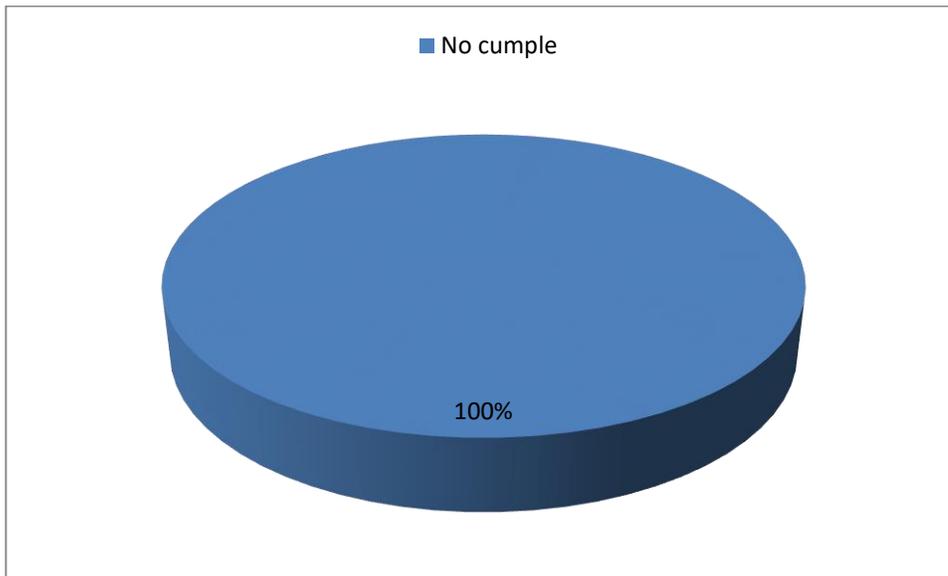


En la tabla y gráfica 23 se muestra el resultado del porcentaje de personal de enfermería que brinda cuidados paliativos sociales, donde se encontró que el 100% no cumple con la atención en estos cuidados.

Tabla 24: Cuidados paliativos social

	Frecuencia	paliativo social	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No cumple	26	100.0	100.0	100.0

Gráfica 24: Cuidaos paliativos social

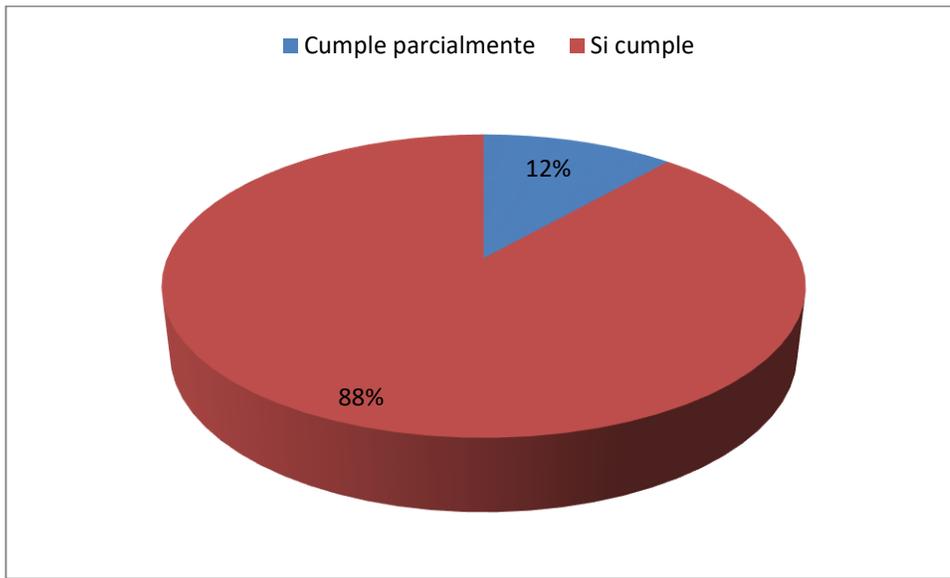


En la tabla y grafica 25 se observa el resultado de la evaluación del personal que brinda los cuidados paliativos se encontró que el 88% si cumple y el 12 % cumple parcialmente esto después de la capacitación.

Tabla 25: Evaluación de los cuidados paliativos en general

	Frecuencia	Paliativo general	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cumple parcialmente	3	11.5	11.5	11.5
Si cumple	23	88.5	88.5	100.0
Total	26	100.0	100.0	

Gráfica 25: Evaluación de los cuidados paliativos en general



4.2 Discusión

En el artículo “Una perspectiva global sobre cuidados paliativos” de acuerdo con (Andrés Alberto Coello Rodríguez, Honduras 2012) Mencionan que el aumento en número de personas mayores en la población, hace pensar que en los próximos años aumente en número de personas que van a necesitar cuidados paliativos tanto ancianos como pacientes degenerativos, crónicos y cáncer, por lo que se espera que todos los profesionales sanitarios brinden cuidados paliativos a los enfermos que atiendan tanto a nivel domiciliario y hospitalario. El nivel de atención primaria tiene un papel central en la atención integral a nivel comunitario en los pacientes con necesidades más complejas, existen evidencias de los beneficios de la coordinación con los equipos de cuidados paliativos. En en IMSS Acapulco encontramos que se les brinda cuidados

paliativos a pacientes crónicos degenerativos y cáncer y ellos son mayores de 60 años, es importante mencionar que al igual que honduras, aquí también se conta con atención primaria, ya que existe un programa ADEC (Atención domiciliaria de enfermedades crónicas) quien se encarga de las visitas a pacientes es fase terminal, si le dieran la importancia que este merece, se brindaría una mejor calidad de muerte a estos pacientes.

De acuerdo al artículo “Percepción, experiencia y conocimiento de la enfermera sobre cuidados paliativos en la UCI”. (Piedrafita-Susín, Yoldi-Arzo, Sánchez-Fernández, Zuazua-Ros, & Vázquez-Calatayud, 2015) .podemos notar que tanto en México como en Guerrero las enfermeras perciben la necesidad de respetar la dignidad del paciente, brindan cuidados dirigidos al bienestar, existe una falta de conocimientos de los profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del IMSS Acapulco, respecto al cuidado del paciente al final de la vida. Esto revela que es necesaria la formación de enfermeras en cuidados paliativos y favorecer el soporte emocional.

En el artículo “Conocimientos en cuidados paliativos del paciente no oncológico” según (Hernández-Belmonte & Ferrer-Colomer, 2009) se analizaron los conocimientos en cuidados paliativos en el hospital de Murcia España se realizaron 100 encuestas donde se mostró que médicos y enfermeras basan sus conocimientos en el esfuerzo terapéutico, puesto que el 54% considera que se emplea poco la sedación solo en pacientes que podían beneficiarse con la misma, se observó una gran variabilidad en la respuesta sobre el tipo de cuidados que debería recibir siempre una persona. En el IMSS Acapulco se observó al profesional tanto medico como enfermería dando un total de 36 profecionales, aplicando la guia observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos pude ver que conocimientos aplican y que cuidados brindan al paciente , a diferencia de españa ellos solo brindan cuidados paliativos a pacientes que van para donacion de organos, solo en ocaciones aplican sedacion a pasientes en fase terminal.

Según el artículo (Barbero & Díaz, 2007)“Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos” desde el 2007 los pacientes que requieren cuidados paliativos el 60% son de cáncer y el 30% son pacientes no oncológicos, en Guerrero se estima que de 168 ingresos, solo 8 son de oncología, la mayoría de los pacientes en fase terminal son crónicos degenerativos, pero el ingreso a la unidad de cuidados intensivos es por una complicación de la misma patología no la enfermedad en sí, y estas precisan la intervención de los cuidados paliativos del equipo multidisciplinario.

Un grupo de bioética SEMICYUC (Sociedad española de medicina intensiva crítica y unidades coronarias) (Monzón Marín, y otros, 2008) Elaboró un plan de

recomendaciones del tratamiento al final de la vida del paciente crítico con el propósito de contribuir a la mejora de nuestra práctica diaria, se cree que hay insuficiente información en medicina paliativa incluyendo habilidades de comunicación, lo mismo ocurre en el IMSS Acapulco se producen frecuentes conflictos relacionadas con las decisiones del paciente crítico al final de la vida, por ello la elaboración de este trabajo que será de mejora no solo para el paciente o familiares, sino para todo el equipo multidisciplinario y para la misma institución.

Existe un estudio exploratorio según (Trujillo-De Los Santos, y otros, 2013) sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes del profesional ante la muerte y el trabajo emocional por lo que se realizan entrevistas a 40 profesionales que incluyen enfermeros, médicos, trabajadores sociales, donde se obtuvo que el 77.5% tenían conocimiento sobre cuidados paliativos un estudio parecido realice en el IMSS Acapulco, mediante una guía observativa participativa de indicadores asistenciales de cuidados paliativos donde se observó a 36 profesionales, incluyendo médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos si aplican cuidados paliativos, pero realmente desconocen el cuidado en sí, también comprobé que entre más informados antes mejor cuidado brindan y hay un aumento de sensibilidad.

En un artículo sobre “Percepción del equipo multidisciplinario en la implementación de cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos” según (Figueredo da Silva, Melo Souza, Chaves Pedreira, Ribeiro don Santos, & Faustino, 2013) Elaborado en Brasil, existe el mismo problema que en el IMSS Acapulco ya que los profesionales no tienen una comunicación efectiva, hay una falta de preparación del mismo en cuanto a cuidados paliativos y una falta de interacción.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos establecidos se cumplió con la descripción de los cuidados paliativos para el paciente en estado crítico a través de la colaboración de enfermería, ya que se analizaron los cuidados paliativos mediante la atención de enfermería con un enfoque psicológico, donde se encontró que la mayor parte del personal de enfermería cumplió parcialmente (84.6%). En el enfoque físico el 76.9% si cumplió y en el enfoque social todo el personal no cumplió (100%),

Con respecto a la pregunta de investigación, se encontró que los cuidados paliativos de enfermería al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital General Regional No. 1 IMSS Acapulco después de la capacitación, el 88.5% si cumplió, por lo que se cumple la hipótesis, ya que la mayoría del personal de enfermería lo realizó adecuadamente.

Por tanto se concluye que se analizó el objetivo propuesto, ya que se describieron los cuidados paliativos en pacientes de estado crítico a través de la colaboración de enfermería en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital General Regional N-1 “Vicente Guerrero” IMSS Acapulco 2018.

logrando difundir la normativa vigente de guía de practica clínica y norma oficial mexicana, englobando al equipo multidisciplinario, en la Unidad de cuidados intensivos en el Hospital General Regional N°1 “ Vicente Guerrero” IMSS Acapulco.

5.2 Recomendaciones

Por lo anterior es recomendable que la institucion defina e implemente un programa que guie los cuidados paliativos del paciente en estado critico al final de la vida.

Diseñar e implementar un plan de mejora de calidad que guie al personal de enfermeria, a aplicar cuidados paliativos del paciente en estado critico al final de la vida en la unidad de cuidado intensivos..

Capacitar periódicamete al personal mutltidisciplinario sobre cuidados paliativos.

Difundir la normativa vigente de guía de práctica clínica y norma oficial mexicana en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional General No. 1 “Vicente Guerrero” IMSS 2018.

Trabajos citados

- Barbero, J., & Díaz, L. (2007). Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 71-86.
- Carrillo Esper, R., Carrillo Córdoba, J. R., & Carrillo Córdoba, L. D. (Octubre- Diciembre de 2007). Cuidados Paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva. *Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, XXI(4), 207-216.
- DOF. (1984). *Ley General de SALUD*. Estados Unidos Mexicanos.
- DOF. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
- Figueredo da Silva, C., Melo Souza, D., Chaves Pedreira, L., Ribeiro don Santos, M., & Faustino, T. N. (2013). Percepciones del equipo multiprofesional sobre la implementación de cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 18(9), 2597-2604.
- Heras La Calle, G., Cruz Martín, M., & Nin, N. (2016). Buacndo humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileña de Terapia Intensiva*, 29(1), 9 - 13.
- Hernández, N. (2018). Cuidados Paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Journal Club*.
- Hernández-Belmonte, A., & Ferrer-Colomer, M. (Septiembre-Diciembre de 2009). CONOCIMIENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL PACIENTE NO ONCOLÓGICO. *Cuadernos de Bioética*, XX(3), 540-541.
- Kaneko-Wada, F. d., Domínguez-Cherit, G., Colmenares-Vásquez, A. M., Santana Martínez, P., Gutiérrez Mejía, J., & C. Arroliga, A. (2015). El proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Punto de vista médico, tanatológico y legislativo. *Gaceta Médica de México*, 151, 628-634.
- Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., & Saralegui, I. (2007). Cuidados Paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vdia del siglo XXI. . *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30 (Supl.3), 113-128.
- Monzón Marín, J. L., Saralegui Reta, I., Abizanda I Campos, R., Cabré Pericas, L., Iribarren Diarasarri, S., Martín Delgado, M., . . . Guardiola, F. (2008). Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 121-133.

- OPS. (2012). *Capítulo 4: Condiciones de salud y sus tendencias. Mortalidad en las Américas* (Vols. I-Regional). Washintong, DC: Salud en las Américas: edición 2012.
- Paliativos, G. d. (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. En *Madrid:Plan Nacional para el SNS del MSC*. Madrid.
- Piedrafita-Susín, A. B., Yoldi-Arzo, E., Sánchez-Fernández, M., Zuazua-Ros, E., & Vázquez-Calatayud, M. (2015). Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 153-165.
- piert, g. (Diario Oficial d ela Federacion Mexico 2014). *Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos: . mexico: diario oficial d ela federacion*.
- Rippel Silveira, N., Pereira do Nascimento, E. R., Martins da Rosa, L., Jung, W., Martins, S. R., & Dos Santos Fontes, M. (Noviembre-Diciembre de 2016). Cuidado paliativo y los enfermeros de cuidado intensivos: sentimientos que se quedan. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1074-1081.
- Salud, S. d. (2010). *Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos*. México.
- Salud, S. d. (2016). *Programa Nacional de Medicina y Cuidados Paliativos*. México.
- Trujillo-De Los Santos, Z., Paz-Rodríguez, F., Sánchez Guzmán, M. A., Nava-Galán, G., Zamora-Ruíz, P., García-Pastrana, C., . . . Volkens Gaussmann, G. (Enero-Febrero de 2013). Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de la salud ante la muerte y el trabajo emocional. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 14(1), 8-13.

ANEXOS

Pregunta	S i c u m p l e	Cu m ple pa rci al m en te	N o c u m p l e
Los pacientes deben tener una evaluación inicial de sus necesidades que quedará registrada en la historia clínica.			
El equipo revisa la evaluación de las necesidades del paciente periódicamente.			
La unidad debe definir un Plan de cuidados o de atención personalizado para cada paciente.			
El plan de atención debe contemplar el apoyo a las necesidades de la familia o entorno cuidador del paciente			
Los objetivos terapéuticos del paciente deben ser reevaluados periódicamente			
El paciente debe tener identificado un cuidador principal de su asistencia desde el primer momento de atención			
La unidad debe disponer de un protocolo de detección de las necesidades de educación del paciente y su familia pregunta			
El paciente de cuidados paliativos debe disponer de una historia clínica única y multidisciplinar			
La unidad debe describir el funcionamiento y responsabilidades de cada miembro del equipo interdisciplinar			
El paciente y su familia deben recibir educación sobre tratamiento farmacológico, nutrición y cuidado			
Los pacientes deben ser atendidos en un entorno que facilite su intimidad			

La comunicación y el trato con los pacientes deberán permitir la confidencialidad			
El paciente debe poder acceder a expresar sus voluntades anticipadas por escrito El equipo debe disponer de un plan anual de formación continuada de sus miembros			
El equipo debe disponer de un protocolo de coordinación de la atención a domicilio con los servicios de internamiento			
La unidad debe tener estructurada la composición del equipo interdisciplinar			
El equipo identificará y trabajará un Plan de mejora continua de la calidad			
El equipo debe conocer periódicamente la opinión y satisfacción de sus pacientes y familias			
La unidad debe registrar la educación del paciente y la familia en una documentación apropiada			
El equipo registrará el control de síntomas y los resultados del plan terapéutico			
El equipo debe utilizar escalas validadas para la evaluación del dolor			
El personal brinda cuidados paliativos a paciente en estado terminal de acuerdo a la norma oficial mexicana 011-SSA32014			
El personal establece los criterios y procedimientos mínimos indispensables que permiten presentar a través del equipo multidisciplinario de salud			
El paciente debe recibir la atención mediante aspectos psicológicos, sociales y espirituales.			
El paciente debe recibir cuidados paliativos con absoluto respeto, trato digno y profesional.			
El instituto debe contar con recursos humanos y material suficiente y adecuados para poder proporcionar cuidados paliativos de carácter			

ambulatorio u hospitalario			
El médico tratante debe prescribir un plan de cuidados paliativos y explicarlo al paciente y familiar.			
El médico debe brindar la información al enfermo en situación terminal del beneficio deseable de cuidados paliativos. El médico tratante deberá proveer que el paciente recia los cuidados paliativos en es su domicilio			
El paciente en pleno uso de sus facultades mentales tiene derecho a solicitar suspensión voluntaria del tratamiento curativo y el inicio de cuidados paliativo			
El personal multidisciplinario deberá recibir capacitaciones			
El personal de salud deberá registrar todas las acciones y estas estarán relacionadas con el plan de cuidados paliativos.			
El médico deberá proporcionar un documento de consentimiento informado donde se enfatizara que el personal de salud no cause mayor sufrimiento al paciente			
El médico tratante, procurará que el enfermo en situación terminal, reciba los cuidados paliativos con un enfoque inter y multidisciplinario			
La unidad considera al domicilio del enfermo en situación terminal, debe ser considerado como el sitio más adecuado para la prestación de los servicios de cuidados paliativos			

