



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Memoria de experiencia laboral

“El amortajamiento del paciente como función de enfermería”

Que para obtener el título

Licenciada en enfermería.

Presenta:

Florangely Duran Salgado.

Asesora:

Dra. en C.S. Micaela Olivos Rubio.

Revisores:

Dra. en D. S. Patricia Cruz Bello.

Dra. en C. S. María Dolores Martínez Garduño.

Toluca, Estado de México, Junio, 2017.

INDICE.

Dedicatorias.....	I
Resumen.....	III
Justificación.....	V

Marco Teórico

Capitulo I. Muerte.....	11
1.1 Tipos de Muerte.....	12
1.2 Proceso de muerte.....	13
1.3 Duelo.....	13
1.3.1 Etapas de duelo.....	14
1.3.2 Fases del duelo individual.....	15
1.4 Cadáver.....	16
1.4.1 Estados principales en el proceso de la descomposición humana.....	17
1.4.2 Precauciones generales de bioseguridad para quienes manipulan los cadáveres.....	19
1.4.3 Evolución de fenómenos cadavéricos.....	20
1.5 Relación de la muerte y la enfermera.....	23
Capitulo II. La enfermera en pacientes en fase terminal.....	26
2.1 Concepto de paciente terminal.....	27
2.1.1 Generalidades sobre la atención a pacientes terminales.....	27
2.1.2 La enfermera ante el paciente terminal.....	28
2.2 Atención al paciente en fase terminal terminal.....	35
2.2.1 Necesidades que se enfocan a la atención de enfermería a pacientes terminales.....	37
2.2.2 Asistencia de enfermería ante un paciente en fase terminal.....	38
Capitulo III Amortajamiento.....	42
3.1 Actitud de enfermería ante la muerte y el amortajamiento.....	42

3.1.1 Sentimientos.....	44
3.1.2 Emociones.....	47
3.2 Cuidados de enfermería en el amortajamiento.....	48
3.2.1 Equipo y material que se ocupa para amortajar.....	49
3.3 Procedimiento de amortajamiento.....	51
3.3.1 Técnica de amortajamiento.....	52
3.3.2 Consideraciones especiales del amortajamiento.....	56
3.3.3 Precauciones universales.....	58
3.4 Formación de la enfermera ante la familia.....	59
3.5 Declaración de los derechos a los moribundos.....	60
UBICACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.....	62
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO.....	68
PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA.....	71
OBJETIVOS.....	73
INFORME DETALLADO DE ACTIVIDADES.....	74
SOLUCIÓN DESARROLLADA Y SUS ALCANCES.....	77
IMPACTO DE LA EXPERIENCIA LABORAL.....	78
CONCLUSIONES.....	79
SUGERENCIAS.....	80
REFERENCIAS DE CONSULTA.....	81

Resumen

El amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función, movilizándolo al cadáver para de esta manera facilitar a los enfermeras (os). El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor cadavérico (rigidez del cadáver o rigor mortis) y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mortuario.

La enfermería en los servicios de hospitalización se enfrenta en muchas ocasiones a una urgencia y emergencias cuyo desenlace es fatal, con el consecuente fallecimiento del paciente.

El campo de actuación hospitalario es muy variado y los decesos pueden producirse en cualquier lugar y circunstancia, lo que demanda y exige una actuación estandarizada para el cuidado del cuerpo del fallecido y el apoyo emocional y cognitivo de los familiares, amigos y acompañantes.

La investigación y creación de este trabajo son funciones que debe tener el personal de enfermería para el cuidado de los cuerpos en los pacientes fallecidos (Hospital. Centro Médico ISSEMYM Toluca) es de suma importancia en todos los servicios de enfermería y en especial en los de hospitalización ya que las circunstancias de fallecimiento de los pacientes pueden ser multivariadas y con diversos escenarios tanto físicos como emocionales. Enfermería brinda el cuidado de pacientes en fase terminal y la convivencia con el sufrimiento ajeno y el mismo proceso de amortajamiento, las experiencias más temidas.

De sobra es conocido que la sociedad oculta la muerte y que el hecho, también nos suceda a nosotros los profesionales de la salud, hasta el punto que actuar con

los cuidados de un cadáver (amortajamiento), y esto cause estrés por falta de información.

Es por eso que se plasman los siguientes capítulos: Muerte, La enfermera en pacientes en fase terminal y amortajamiento. Enfermería trata el tema de la muerte como un proceso natural, incluso como parte de su trabajo o algo cotidiano dentro del ámbito hospitalario para la preparación de un cadáver (amortajarlo), pero a su vez enfermería se enfrentan a dilemas cuando se palpa la cercanía de la muerte, ellos comienzan a atravesar por sentimientos y/o emociones.

Con esto se describe el siguiente objetivo. Proporcionar información sobre el amortajamiento del paciente como función de enfermería.

Los beneficios de este trabajo, es para el personal de enfermería que no se encuentra bien informado sobre las funciones de enfermería ante el amortajamiento y así pueda delegar sus propias opiniones y funciones.

Justificación.

Enfermería brinda el cuidado de pacientes en fase terminal y la convivencia con el sufrimiento ajeno y el mismo proceso de amortajamiento, las experiencias más temidas.

De sobra es conocido que la sociedad oculta la muerte y que el hecho, también nos suceda a nosotros los profesionales de la salud, hasta el punto que actuar con los cuidados de un cadáver (amortajamiento), y esto cause estrés por falta de información.

Este trabajo surge para el apoyo del personal de enfermería que se encuentra laborando en el hospital del Centro Medico ISSEMYM, ya que es de suma importancia para que exista una orientación adecuada ante la presencia de un cadáver.

Es el motivo por el cual se investiga el siguiente trabajo de investigación, es que el personal de enfermería no se encuentra bien informado sobre el tema, y sobre todo las funciones que tiene enfermería en el amortajamiento. Con el presente trabajo se pretende informar ciertas funciones, actitudes, compromiso en los cuidados que enfermería brinda en un cadáver.

Los beneficios de este trabajo, es para el personal de enfermería que no se encuentra bien informado sobre las funciones de enfermería ante el amortajamiento y así pueda delegar sus propias opiniones y funciones. Salvaguardando la salud psicológica del personal antes y después de tener contacto con el cadáver.

Se aportara la información para la mejora atención del paciente y al cadáver, (amortajamiento), así como de los familiares orientarlos que en el hospital del Centro Medico ISSEMYM Existe un grupo de ayuda psicológica que puede orientar, de cómo superar la pérdida de un ser querido.

Marco Teórico

Capítulo I. Muerte

La muerte es un fenómeno irreversible que es la parte final de la vida, es un evento ineludible con el que termina el ciclo de la vida de todos los seres vivos, cese de todos los procesos fisiológicos y químicos que ocurren siempre en todos los órganos vivientes.(Miller,1999,1202).

Desde la antigüedad los filósofos han intentado descifrar lo que es la muerte. Tanto Platón como Santo Tomas de Aquino consideran que la muerte, como la separación de cuerpo y alma, siendo esta de las definiciones más aceptadas para los occidentales. Santo tomas consideraba al ser humano como la unión substancial del alma y el cuerpo; sostiene Que la muerte la experimenta todo hombre.

El hombre completo es desgarrado al sufrir la muerte. Esta afirmación no debe llevarse a la posición extrema de sostener que el alma también muere.

La filosofía cristiana, en efecto, defiende que el alma humana es espiritual y sin embargo, es afectada radicalmente por la muerte ya que se rompe un vínculo esencial sustancial".(Eseverri,2006:35).

Existen tres rasgos inherentes a la muerte:

- **TEMPORALIDAD:** Saber que es temporal, que se va a vivir determinado número de años y que es limitado el tiempo.
- **LA FINITUD:** Saber que es finito no eterno.

- LA IRREVERSIBILIDAD: Una vez que se presenta, no hay vuelta ni retorno. Eseverri, 2006: 36).

1.1 Tipos de Muerte.

- NATURAL: Por vejez puede presentarse por enfermedad como ejemplo un paro cardiaco neoplasias, hemorragias, infecciones. Ejemplo: es la muerte del anciano, en que el organismo culmina el proceso natural como ser vivo.
- SUBITA: Es la muerte instantánea que ocurre en pocos minutos a partir del comienzo de las manifestaciones clínicas. Ejemplo: Paro cardiorrespiratorio.
- VIOLENTA: Se produce por circunstancias ajenas al estado biológico del individuo, incluyendo al suicidio, homicidio y accidente en tipo de muerte la persona no elige morir. Ejemplo: los traumatismos o intoxicaciones
- APARENTE: interrupción de la vida indicada por la ausencia del latido cardiaco o de respiración. Ejemplo: estímulos, y el pulso y la respiración se vuelven lentos, la piel se pone pálida.
- LEGAL: Ausencia total de actividad en el cerebro y en el resto del sistema nervioso central, el sistema circulatorio y respiratorio observado y declarado por un médico. Ejemplo: Muerte cerebral
- ANTICIPADA: Es la que resulta de una enfermedad fatal cuyo pronóstico es inmodificable. Ejemplo: Cáncer avanzado.

La muerte debe ser definida como la pérdida irreversible de la función del organismo humano, presupone e implica la pérdida irreversible de la conciencia y la capacidad de reacción. (Louis, 1996:102)

1.2 Proceso de Muerte.

Es un proceso natural de la vida, tan cotidiano como el nacimiento de un nuevo ser; el problema está cuando nos toca de cerca, pues en ese momento atravesamos por una serie de sentimientos tales como fragilidad, vulnerabilidad y amargura, los cuales no estamos preparados para enfrentarlos y vivir con ellos; la mente reacciona de manera diferente cuando este trágico suceso llega a nuestras vidas, y entonces las reacciones son intensas, con cambios psicológicos, conductuales y emocionales que marcan la vida por lapsos variables.

El proceso previo a la muerte, es la incapacidad celular para mantener las funciones vitales esenciales: oxigenación, nutrición y circulación. Proceso que desde el punto de vista médico comienza cuando una persona tiene un trastorno intratable y que termina siempre en la muerte.

Se trata de un proceso, mientras que la muerte, es un fenómeno. Es esencial, que la persona moribunda llegue por medio de la respuesta psicológica a reconocer la realidad de aproximarse a la muerte, hasta la aceptación final y pacífica de esa realidad. (Behar, 2004:85).

1.3 Duelo.

Estado en el que una persona o familia experimenta una respuesta humana natural que abarca reacciones psicosociales y psicológicas ante una pérdida real o subjetiva de una persona, objeto, función, posición social o relación.

El duelo es una respuesta emotiva y conductual frente a la pérdida, el duelo se manifiesta en los pensamientos, los sentimientos y las conductas asociadas con el sentimiento o tristeza abrumadora. El duelo es la respuesta normal ante la pérdida, que es esencial para una buena salud mental y física. Le permite al individuo afrontar la pérdida gradualmente y aceptar con una parte de la realidad el duelo es lleva acabo que ayuden a otras personas. (Behar, 2004:81).

1.3.1 Etapas de duelo

1. Negación. Es solamente una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente reemplazo con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuo que son dejados atrás después de la muerte.
2. Ira. Una vez en la segunda etapa, el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos de ira y envidia. Cualquier individuo que simboliza vida o energía es sujeto a ser proyectado resentimiento y envidia.
3. Negociación. La tercera etapa involucra la esperanza de que el individuo pueda de alguna manera posponer o retrasar la muerte. usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada.
4. Depresión. Durante la cuarta etapa, la persona que está muriendo empieza a entender la seguridad de la muerte. Debido a esto, el individuo puede volverse silencioso, rechazar visitas y pasar mucho tiempo llorando y lamentándose.

Este proceso permite a la persona moribunda desconectarse de todo sentimiento de amor y cariño. No es recomendable intentar alegrarla a la persona que está en esta etapa. Es un momento importante que debe de ser procesado.

5. Aceptación. La etapa final llega con la paz y la comprensión de que la muerte está acercándose. Generalmente, la persona en esta etapa quiere ser dejada sola. Además los sentimientos y el dolor físico puede desaparecer. Esta etapa también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la muerte. (Kubler, 2013:106).

1.3.2 Fases del Duelo Individual.

- Fase inicial o de evitación: Reacción normal y terapéutica, surge como defensa y perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Shock e incredulidad, incluso negación, que dura horas, semanas o meses. Sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente. Inicia el proceso de duelo (el poder ver el cuerpo), y lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro o funeral, que cumple varias funciones, entre ellas la de separar al muerto de los vivos.
- Fase aguda de duelo: Dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso la rabia emerge y suscita angustia. Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con el ser amado y reconocer la ambivalencia de toda relación; todas las actividades del doliente pierden significado en esta fase. Va disminuyendo con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios y puede durar 6 meses o más.

- Fase final: Gradual reconexión con vida diaria, estabilización de altibajos de etapa anterior. Los recuerdos del ser desaparecido traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia. (Rojas,2008:17)

1.4 Cadáver.

La palabra cadáver proviene del latín cadáver, en relación con el verbo cadere, «caer», y significa «caído», «mortal». Cuerpo muerto de un ser que ha estado vivo.

Tiene su origen en la voz latina cadáver, aunque no está claro el proceso etimológico. Según una versión, los romanos escribían en sus sepulturas la inscripción caro data vermibus, que significa "Carne dada a los gusanos". Esta expresión habría derivado en el acrónimo ca-da-ver.

Otras fuentes afirman que la voz latina cadavere tiene relación con el verbo cadere, que significa caer, en el sentido metafórico de la muerte como caída definitiva.

El manejo seguro de cadáveres se ha convertido en un desafío para la Tanatología (tanatos: muerte, logos: estudio). Es la manipulación de cuerpos y restos humanos requiere de conocimientos y un entrenamiento específico, a fin de no producir los dos tipos de contaminaciones indeseados con la manipulación de fallecidos: la contaminación de las muestras en caso de estudio científico y técnico-pericial de los muertos, y la contaminación del personal por inadecuada o inadvertida manipulación de cadáveres. (Behar, 2004:,86-87).

1.4.1 Estados principales en el proceso de la descomposición humana.

- Fresco. Esta etapa comienza inmediatamente después que el corazón deje de latir. Desde que la sangre ya no circula a través del cuerpo, ésta se acumula en porciones, bajo la gravedad, creando una total decoloración azulina denominada livor mortis.

Justo después de la muerte, entre tres a seis horas, los tejidos musculares se vuelven rígidos e incapaces de relajarse, etapa conocida como *rigor mortis*. Desde el momento de la muerte, el cuerpo comienza a perder calor con el medio ambiente, produciéndose un completo enfriamiento llamado algor mortis.

Una vez que el corazón se detiene, los cambios químicos ocurren dentro del cuerpo y el pH varía, provocando que las células pierdan su estructura íntegra. La pérdida de estructura celular ocasiona la liberación de enzimas celulares capaces de iniciar la decadencia de las fibras y celulares de todo el cuerpo.

Este proceso es conocido como autólisis. Los cambios visibles causados por la descomposición son limitados durante la etapa fresca, aunque la autólisis quizás cause la aparición de ampollas en la piel.

El oxígeno presente dentro del cuerpo es rápidamente agotado por los organismos aeróbicos que se hallan en su interior. Esto crea un ambiente ideal para la proliferación de organismos anaeróbicos.

Los organismos anaeróbicos, partiendo del tracto gastrointestinal y del sistema respiratorio, comienzan a transformar los carbohidratos, lípidos y proteínas en ácidos orgánicos (ácido propanoico, ácido láctico) y gases (metano, ácido sulfhídrico, amoníaco).

- Hinchado El estado hinchado proporciona el primer signo visual de que la proliferación microbiana está en marcha. En esta etapa tiene lugar el metabolismo anaeróbico, que conduce a la acumulación de gases, tales como ácido sulfhídrico, dióxido de carbono y metano. La acumulación de gases en las cavidades corporales causa la distensión del abdomen y el aspecto completamente hinchado del cadáver.

Los gases también producen líquidos naturales y la licuefacción de los tejidos para convertirse en espuma. Cuando la presión de los gases dentro del cuerpo se incrementa, los fluidos son forzados a escapar desde orificios naturales, como la nariz, boca, ano y salir al medio ambiente

- Putrefacción activa: Está caracterizada por un período de gran pérdida de masa. Esta pérdida ocurre como resultado de la alimentación voraz de las ceras y la liberación de fluidos descompuestos en el medio ambiente.

Los fluidos expelidos se acumulan alrededor del cuerpo y crean una isla de descomposición cadavérica. El fin de la putrefacción activa se señala por la migración de las larvas fuera del cadáver para pupar.

- Putrefacción avanzada: La descomposición es, en gran parte, impedida durante la putrefacción avanzada debido a la pérdida de material cadavérico disponible. Cuando el cadáver está localizado en el suelo, el área circundante muestra una clara presencia de vegetación muerta
- Seco o de restos: Durante el estado seco o de restos, pueden resurgir plantas alrededor de la isla de descomposición cadavérica, lo que es un signo de que los nutrientes presentes en el suelo circundante todavía no han retornado a sus niveles normales.

Todos los restos del cadáver en esta etapa son piel seca, cartílago y huesos, los cuales se secarán y perderán color si se exponen a los elementos. (Behar, 2004:,90-91).

1.4.2. Precauciones generales de bioseguridad para quienes manipulan cadáveres.

- Usar guantes y botas, si se encuentran disponibles.
- Lavarse las manos con agua y jabón después de la manipulación de los cuerpos y antes de consumir cualquier alimento.
- La utilización de alcohol en gel está recomendada.
- Evitar limpiarse o frotarse la cara o la boca con las manos.
- Lavar y desinfectar todos los equipos, vestimentas y vehículos utilizados para el transporte de los cuerpos.
- No es necesario el uso de máscaras faciales si no se provocan aerosoles o salpicaduras, pero se le debe suministrar a quien la solicite para evitarle la ansiedad.
- La recuperación de cadáveres de espacios cerrados y sin ventilación debe realizarse con precaución.
- La descomposición del cuerpo genera gases tóxicos potencialmente peligrosos. (Behar, 2004:,92).

1.4.3 Evolución de fenómenos cadavéricos.

Los fenómenos cadavéricos pueden ser:

- **Inmediatos:** Es decir la extinción de las funciones vitales del sistema nervioso, cardiovascular y respiratorio; consecutivos, constituidos por procesos y modificaciones físicas, químicas y biológicas y transformativos que incluye la putrefacción cadavérica, producida por acción bacteriana que destruye el cadáver paulatinamente.
- **Deshidratación:** Pérdida de líquido que por evaporación sufre el cadáver y que se traduce en pérdidas de peso y modificaciones cutáneas, mucosas y oculares.

El cadáver pierde peso en la siguiente y aproximada proporción (Dupont): en recién nacidos, 8 gramos por kilo por día y en adultos, 8-10 gramos por kilo por día.

Las modificaciones cutáneas se muestran por el apergaminamiento de la piel y el escroto; las mucosas por la desecación de los labios, del glande y de la vulva y, por último, las oculares, por el signo de Stenon Louis (opacidad en la córnea que se inicia 12 hs. después de la muerte) y el de Sommer o mancha negra esclerótica (mancha negra irregular que se debe a la oxidación de la hemoglobina de los vasos coroideos y a la deshidratación; se localiza en los ángulos externos del segmento anterior del ojo y luego en los internos. Comienza a partir de la 5ta hora post mortem si los párpados están abiertos).

- **Enfriamiento:** Representa el descenso de la temperatura corporal hasta equilibrarse con la del ambiente.

Se ha tratado de establecer una relación aproximada entre temperatura corporal cadavérica y tiempo probable de muerte, lógicamente dentro de las cifras medias que admite esta posibilidad. Existen varias formas pero las más usadas son las de Bouchat y de Glaister.

Fórmula de Bouchat: durante las primeras horas de ocurrida la muerte hay una disminución de 0,8 a 1 grado por hora. Durante las siguientes doce horas, la disminución es de 0,3 a 0,5 grado por hora. El cadáver iguala la temperatura ambiente 24 horas después de la muerte.

La temperatura cadavérica está influenciada por factores externos (temperatura ambiente, cuerpo al aire libre o sumergido o dentro de una habitación, humedad) o por factores propios del individuo: edad (los niños y los ancianos se enfrían más rápido), tipo de afección (las caquetizantes enfrían más rápido que las súbitas, presencia de hemorragias o fiebre previas a la muerte), grado de nutrición (la cantidad de grasa es directamente proporcional a la velocidad de enfriamiento) y grado de vestimenta (el desnudo se enfría más rápido).

- Rigidez cadavérica: Es consecuencia de la coagulación post mortem de la miosina con el consiguiente endurecimiento de las fibras musculares, sean éstas lisas o estriadas.

Como resultado aparece la "actitud de envaramiento" del cadáver, constituida por la discreta flexión de los brazos sobre los antebrazos; de las piernas sobre los muslos y del pulgar por debajo de los restantes dedos.

Existen factores que influyen el tiempo de aparición de la rigidez:

Factor de Aceleradores: calor (la rigidez dura poco), frío (la rigidez dura mucho), infancia (la rigidez dura muy poco), vejez y agonía previa.

Factor de Retardadores: vestimenta, ropas de lecho, adultez, muerte súbita o violenta.

- Espasmo cadavérico: Es el mantenimiento post mortem de una determinada posición corporal o vital como resultado de una muerte súbita (de etiología encefálica o cardíaca) natural o violenta.

La diferencia entre rigidez y espasmo cadavérico radica en el hecho de que en el primer caso existe relajación muscular previa a la muerte, mientras que en la segunda existe una transición del estado de contracción muscular vital al post mortem sin etapa intermedia.

Más tarde la rigidez se superpone al espasmo y, finalmente, ambos desaparecen cuando se instala la putrefacción.

- Livideces cadavérica: Son manchas cutáneas de color violáceo (lívido) que aparecen en las zonas más declives producto de la vasodilatación por encharcamiento de la sangre por ausencia de coagulación. Las livideces señalan la posición del cuerpo al producirse el fallecimiento y se van desplazando de acuerdo a los cambios en la postura del sujeto sin vida.

Este último fenómeno es llamado transposición de las livideces y solo puede ocurrir dentro de las primeras 12-15 horas de ocurrida la muerte y nunca después de las 24 horas de la misma.

El tiempo que tardan en aparecer las livideces cadavéricas es variable: desde casi inmediatamente después del deceso hasta 4 o 5 horas más tarde. Desde el momento en que se manifiestan van aumentando lentamente y perdiendo velocidad hasta alcanzar su intensidad máxima entre 12-15 horas y no se producen más allá de las 30 horas.

Cabe aclarar que las livideces puede no aparecer debido a una hemorragia externa severa o variar en su coloración debido a intoxicación. Por ejemplo, son más claras cuando existe monóxido de carbono en la sangre.(Hipostasia cadavérica) :Es la acumulación de la sangre en las partes declives de las vísceras en razón de la fuerza de la gravedad. Asientan principalmente en el encéfalo, los pulmones y los riñones. (García, 2000:167).

1.5 Relación de la muerte y enfermería.

La muerte es un acontecimiento inevitable y universal, pero las actitudes hacia los moribundos y hacia la muerte no son ni inalterables ni accidentales”, son peculiaridades de sociedades. (Norbert, 2011:131).

Los padecimientos, los modos de enfermar y de morir son procesos históricos y socialmente construidos según las condiciones de vida de los conjuntos sociales y sus modos de afrontarlos, produciendo sentidos y significaciones individuales y colectivas que se exteriorizan de diferentes formas.

La muerte es un hecho social que ha pasado a ser institucionalizado: La instauración de ella en los hospitales, ya sea por deseo de prolongar la vida o por el miedo de morir sin atención, ha alejado este acontecimiento del entorno colectivo donde era visto como un evento natural. (Menéndez, 2006:152).

Tanta tecnología y omnipotencia de la ciencia oculta el padecimiento humano no solo del enfermo sino del que lo atiende.

Al respecto se señala que en los últimos tiempos desaparecen los principales rituales de mortalidad, como parte del proceso de ocultamiento y negación de la muerte que caracterizaría a la sociedad occidental.

La muerte ha pasado de ser un acontecimiento natural y social, a ser asumido como algo vergonzoso e individual, que quiere ser.

La muerte se ha convertido en un asunto traumático, los grupos sociales actuales no sólo han desarrollados rituales de evitación y ocultamiento respecto a la muerte, sino que desarrollaron rituales para reducir la muerte a enfermedad. (Menéndez, 2006: 153).

El profesional de enfermería no queda al margen de estos rituales de evitación y reducción de la muerte a enfermedad, percibiendo el fallecimiento del paciente como un fracaso de sus acciones y esfuerzos terapéuticos por salvar una vida.

En numerosos trabajos que tratan el tema de la muerte en el ámbito de la salud, se explica cómo se debe tratar al paciente, los protocolos de actuación, las acciones apropiadas en la atención, y hasta resaltan la necesidad de formación del profesional de enfermería en los cuidados hacia el final de la vida y la muerte.

Raras veces se habla del inevitable fin de la vida o de lo que debe hacer la enfermera para ayudar a una persona a reducir sus molestias y afrontar la muerte con coraje o dignidad, pero más raro es encontrar análisis que hablen sobre qué le ocurre al personal de enfermería al enfrentar estos procesos.

La confrontación de la muerte por parte del personal de enfermería, está impregnada de sentimientos tales como impotencia, angustia, sufrimiento, miedo, que interfirieron en la asistencia prestada al enfermo y su familia.

El personal de enfermería es un sujeto que siente y padece, atravesado por representaciones sociales y por su práctica, los saberes no pueden ser negados ni separados de las prácticas. (Morrison, 2000: 315).

Capítulo II. La enfermera en pacientes de fase terminal.

Entenderse a si mismo para poder entender a los demás es un principio psicológico, cuya importancia pocos se atreven a negar. Como el pensamiento de la muerte suele estar ligado al miedo, es especialmente importante que enfermería entienda sus propios sentimientos y funciones que aplicará ante un paciente con fase terminal; así mismo, como la ayuda de los propios familiares ante su dolor de la pérdida de su paciente y poder brindar las necesidades emocionales y espirituales del paciente.

Dentro de los problemas relacionados con la muerte, se consideran factores psicológicos, socioculturales, ambientales y económicos de relevancia para el individuo, pero al enfermera debe dedicar más tiempo y esfuerzo a los aspectos menos aparentes si la persona esta cómoda físicamente. (Collel, Fontanals 2003,5).

Cada paciente terminal y las personas que lo acompañan reaccionaran de manera individual ante la proximidad de la muerte. Las respuestas emocionales varían, así como la naturaleza de los problemas que se presentan ante a la sociedad, es obvio que saber que la muerte significará el alejamiento de la familia y los amigos causa tristeza para el moribundo ya que a menudo siente una gran variedad de ansiedad por su futuro y al manera en que sobrellevar el duelo. El inicio de la depresión, característica frecuente del proceso de enfermedad; no obstante lo más probable que se originan los sentimientos de tristeza del paciente. (Kossier, 2008:53).

2.1. Concepto de paciente terminal.

El paciente o enfermo terminal es un término médico que indica que una enfermedad no puede ser curada o tratada de manera adecuada, y se espera como resultado la muerte del paciente, dentro de un período corto de tiempo. Este término es más comúnmente utilizado para enfermedades degenerativas tales como cáncer, enfermedades pulmonares o cardíacas avanzadas. (Reyes, 2009:63).

Enfermedad en fase terminal: Es aquella que no responde a tratamientos específicos instaurados para curar o estabilizar la enfermedad, que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses), y que el proceso está caracterizado por provocar, en general, un alto grado de sufrimiento físico, psicológico y familiar. (Reyes, 2009:68).

2.1.1. Generalidades sobre la atención a pacientes terminales.

Actualmente el proceso de morir presenta características nuevas, originadas por los adelantos científicos-tecnológicos y los cambios sociales. El ser humano muere en su mayoría, en instituciones de salud sin apoyo de sus seres queridos y de servicios religiosos; su conciencia, lucidez mental y libertad se ven disminuidas por indiscriminada terapéutica analgésica o sedante, impidiendo tomar decisiones sobre su estado patológico, medidas terapéuticas, disposición de bienes, problemas de conciencia y condiciones de morir; su vida la prolonga el personal médico al aplicarles todo tipo de avances tecnológicos.

Ontológicamente el hombre es un ser capaz de trascender a su naturaleza limitada y finita; su vida es un valor, una realidad integral que requiere no solo de habilidades y competencias del equipo de salud para atender su dimensión

biológica, sino también de la atención a las dimensiones psicológica, social y espiritual mediante actitudes basadas en la ética profesional que abarquen la conciencia de sus ser y existir y sus valores positivos que guíen su conducta.

Con base en esto, es necesario conocer que el paciente grave presenta una patología que lo puede conducir a la curación, a la agonía o a la muerte, es decir, este paciente puede estar en fase terminal ya que desde el punto de vista médico su enfermedad es irreversible e incurable y la muerte se presentara en corto tiempo; el paciente terminal es aquel en el que el padecimiento diagnosticado lo va a conducir a morir en un tiempo relativamente corto.

Todo enunciado exige de una atención de enfermería tanto del paciente como a sus familiares, basada en respeto a la vida como un valor primario desde la concepción hasta la muerte, y considerada como fúndanmelo de todos los bienes y valores que presuponen la existencia física del hombre: en la dignidad humana que toda persona tienen como garantía individual; en la libertad y responsabilidad para prestar un servicio profesional cuyo fin sea la promoción de la vida y la salud del paciente; en el principio terapéutico previo consentimiento bajo información y en el principio de socialidad/subsidiariedad que consiste en ayudar a quien este mas enfermo pero a su vez, quien recibe un servicio tiene la obligación de responsabilizarse del bien recibido, cuidado de el mismo.(Rosales, Reyes,2009:73).

2.1.2 La enfermera ante un paciente terminal.

La enfermera es la profesional del equipo de salud, que más contacto tiene con el enfermo. Dedicar su tiempo, su preocupación, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a sus pacientes.

La enfermera es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima de contacto físico y emocional.

La relación enfermera - paciente es el "eslabón humano" que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar al paciente; la coloca en calidad de "salvadora" de una muerte indigna.

Es su compromiso humano el aspecto sobresaliente que imprime el respeto a su vida profesional. No son sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica. Es más bien, ese comportamiento sutil de comprensión, al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que la hace indispensable.

Es una combinación de conocimientos científicos con un interés personal acerca del acto de agonizar y morir. Una mezcla de "agua y aceite", entre la aplicación fría de un tratamiento científico y el complejo e intenso manejo del aspecto humano. "Humanismo significa en el fondo estar imbuido de un sentimiento inteligente de los intereses humanos. El humanismo importa porque forma al hombre y el médico (enfermera) deben ser humanos sobre todo". Para analizar la relación enfermera – paciente. (Rosales, Reyes, 2009:22)

Aspectos que influyen en el comportamiento de la enfermera:

- Conocimientos sobre el manejo de los pacientes terminales: Las universidades que otorgan diplomas para acreditar la carrera profesional de enfermería, no incluyen en su currículo académico los conocimientos sobre manejo del paciente terminal.

No consideran primordial el estudio de la tanatología ni la enseñanza profunda de los cuidados paliativos, enfermería, sobresalen en sus conocimientos acerca del paciente recuperable y rehabilitable.

La filosofía académica está basada en prepararlos esencialmente en el manejo de una medicina curable y triunfalista. Es decir, el paciente terminal es un tema de rechazo, impregnado de ignorancia, que carece de sustentación académica.

Enfermería no han aprendido ni debatido durante la carrera, sobre el complejo tema del manejo de la agonía y finalmente de la muerte. No se tiene un criterio formado para actuar proporcionalmente de acuerdo con sus conocimientos científicos y psicológicos, con la seguridad y el profesionalismo indispensable para el cuidado del paciente en estado terminal.

- Disponibilidad de tiempo. La enfermera encamina sus actividades a los compromisos administrativos y burocráticos que cubran las necesidades económicas institucionales; tiene que cumplir con un sin número de funciones administrativas que la disipan de su acercamiento humano con el enfermo.

Su disponibilidad de tiempo es mínima y generalmente escuchan al paciente con poca intención de comunicarse profundamente con él. Sus metas son cumplir con una serie de procedimientos profesionales para luego llenar los formularios que acreditan el cuidado legalmente reconocido por la institución hospitalaria. La práctica de enfermería está centrada en el manejo adecuado de las instrucciones y formulaciones médico - científicas.

La enfermera sobresaliente en el cumplimiento profesional de sus funciones, es aquella que practica los procedimientos de enfermería al "pie de la letra",

coincidiendo con las técnicas y órdenes médico-hospitalarias. El tiempo dedicado a la comprensión y comunicación con el paciente, no se valora ni se estimula y tiende a malgastarse porque carece de planeación.

Los momentos libres son valiosos para el personal de enfermería, cuando éste pretende disiparse del conflicto humano permanente que genera el sufrimiento de los pacientes y familiares en los ámbitos de la muerte. La negación de la muerte, primera defensa psicológica frente al dolor, es el común denominador de esta actitud de la enfermera, como de cualquier otra persona.

Sin embargo, si al personal de enfermería se le valorara por su aporte humano de comprensión con el enfermo, tanto sería su crecimiento interior personal, como efectivo para lograr un buen manejo del sufrimiento en el paciente terminal. (Rosales,Reyes,2009:66)

Circunstancias inadecuadas para el cuidado de los pacientes terminales.:

1. A los enfermos terminales no se los cuida en los lugares adecuados. Generalmente son hospitalizados en los pabellones o unidades de medicina interna, donde se entremezclan absurdamente con enfermos curables o en estados crónicos, cuyo manejo difiere sustancialmente. Otros son ubicados en cuidado intensivo, donde la enfermera dedica su tiempo al cuidado del "aparataje" y la tecno-logía avanzada que invaden al paciente.

Su contacto físico se limita a mover el cuerpo del enfermo ya sea para evitarle las escaras, bañarlo o manipular algún tubo o sonda que tenga introducido.

Las personas que laboran en Cuidado Intensivo se notan aceleradas y sobrecargadas de trabajo, deben cumplir con sus funciones a "contrarreloj" para evitar la muerte de los pacientes en estado crítico.

2. La participación de la enfermera en el equipo de salud es limitada. El médico sigue siendo el único manipulador de la información. Es él quien comunica, según su criterio, el diagnóstico, pronóstico y tratamientos al paciente; toma la mayoría de las decisiones acerca del manejo de la enfermedad, que influyen directamente en la calidad y cantidad de vida del enfermo.

Algunas veces desatiende el dolor, la angustia y el sufrimiento del moribundo, porque dedica su atención a supervisar los tratamientos que le generarán un triunfo ante la muerte, además de un sustancioso aporte económico.

En parte, esta actitud médica prohíbe a la enfermera informar o aconsejar al enfermo y familiares respecto al desarrollo de su patología. Quizás su percepción acerca del estado del enfermo interfiere en la toma de sus decisiones, difiriendo estas de las programadas por los médicos.

La actitud participativa de la enfermera puede influir en la voluntad del paciente. Así mismo, si su actitud es pasiva, impide que ella contribuya a otorgar el derecho que tiene toda persona de hacer uso de su autonomía, con el consentimiento informado.

Su comportamiento profesional sigue siendo distante. Prevalece en la enfermera esa posición profesional insinuada por el cuerpo médico, de cumplir a cabalidad sus órdenes y formulaciones. Como si su función fuese ante todo, ser una servidora incondicional y una ciega cumplidora de una serie de protocolos preestablecidos.

Generalmente no se tienen en cuenta sus criterios, basados con acierto en las experiencias diarias y en la observación constante del estado físico y anímico del paciente.

3. El acercamiento a la muerte genera emociones y sentimientos de difícil manejo. La enfermera puede verse involucrada en un conflicto moral, cuando se compromete con la voluntad del enfermo.

Comprender la situación del paciente que atraviesa una agonía indigna, invadida de dolor tanto emocional como físico, puede despertar en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia.

El hecho de involucrarse con el moribundo, fuerza a la enfermera a considerar su propia mortalidad, aumentando sus temores personales sobre la muerte. Es necesario contar con un grupo de apoyo que le permita a ella ventilar estos sentimientos. Su serenidad, criterio ético y madurez ante la muerte, son abono para el aporte humano que le brinda al moribundo. (Collel, Fontanals, 2003:45)

Factores que influyen el comportamiento del paciente.

Componentes que influyen en su bienestar:

1. Físicos: movilidad, comunicación, actividad, grado de alerta. El deterioro físico influye en su capacidad de comunicación y en su grado de independencia para cumplir con sus actividades diarias. Los estados de somnolencia, incoherencia, agotamiento e inconsciencia aíslan e incomunican a los pacientes.
2. Sociales: apoyo del grupo familiar, de amigos y del equipo de salud.

3. Psicológicos: depresión, angustia y múltiples temores ante la muerte; actitud ante la enfermedad.
4. Nivel de comodidad: presencia de síntomas que interfieran en su bienestar.
5. Grado de dolor: dolor físico que abarca la atención del paciente. Sufrimiento que incluye el dolor más su interpretación emocional, muchas veces invadida de ansiedad.

Consentimiento informado. El derecho del paciente a conocer el proceso de su enfermedad. El diagnóstico, el pronóstico y los beneficios o perjuicios de los tratamientos propuestos.

Los enfermos terminales no son informados periódicamente acerca de su enfermedad; requerimiento indispensable para poder tomar decisiones.

Teniendo en cuenta que son los pacientes quienes demandan la verdad o quienes evitan conocerla, esto no exime a los trabajadores de la salud en su responsabilidad de transmitir sus conocimientos e inquietudes acerca del manejo de su enfermedad. Cada persona con enfermedad terminal tiene un tiempo y una circunstancia específica que le permite digerir su mortalidad.

Circunstancias que afectan su autonomía: Estados de debilitamiento extremo, acompañados de depresión o ansiedad, dificultan la comprensión del paciente. Lugares inadecuados, que no guardan un silencio respetuoso. Espacios visualmente fríos, poco acogedores, que contribuyen a una comunicación poco profunda y confiable. Personal de salud que actúa precipitadamente, carente de tiempo, dedicación y contacto emocional con el enfermo insuficiente.

Actitud que lo aísla en su realidad y lo lleva a sentirse desprotegido. La avalancha de procedimientos científicos que incontrolablemente invaden al enfermo, lo convierten en un títere de la escena médica. Su voluntad no tiene validez ante la intención salvadora y triunfalista de los protagonistas. El moribundo entra al "torbellino de la tecnología" con o sin conocimiento de su destino y de su probable fallecimiento.

Finalmente se considera que la relación enfermera - paciente seguirá siendo un matrimonio de intereses mutuos. Los unirá los lazos de comprensión humana, que contribuyen a apaciguar los aspectos dolorosos de un cuerpo en desintegración por una enfermedad irreversible. Solo así, se podrá asegurar que la agonía con sus crueldades implícitas, podrá ser más soportable si la enfermera asume su íntima relación de comprensión. (Collel, Fontanals, 2003:48)

2.2 Atención al paciente en fase terminal.

La gravedad o estado de la enfermedad en fase terminal, se requiere al estado en el que las funciones orgánicas del paciente están disminuidas y pueden preceder a la muerte, en tanto que la agonía es el estado terminal que precede la muerte en forma gradual.

En ambos casos las funciones vitales se van disminuyendo, y surgen cambios psicológicos, sociales y espirituales según los factores religiosos, socioculturales o económicos que predominan en el paciente, así como el sufrimiento por el ambiente que lo rodea y por la percepción individual que tiene sobre la próxima muerte.

Actualmente la tanatología, disciplina científica que estudia el proceso de morir y la muerte, tiene como objetivo ayudar al individuo a morir con dignidad, total paz y

plena aceptación; ayudar al enfermo en fase terminal, a sus familiares y al equipo de salud durante el desarrollo de la enfermedad, al momento de la muerte y después de esta: procurar al paciente calidad de vida, relación interfamiliares y preparación para la muerte; ayudar a la familia a preparar el momento de la muerte de sus ser querido, y elaborar el duelo en el menor tiempo y dolor posible, así como ayudar al equipo de salud a vivir con la muerte de sus pacientes.(Reyes,2009:188)

Desde el punto de vista biológico las manifestaciones clínicas que se presentan son principalmente.

- Las específicas del o los problemas que padece el paciente.
- Pérdida de tono muscular que origina relajación de esfínteres, disfagia, acumulación de secreciones en vías respiratorias altas, dificultad para conservar su posición y relajación muscular generalizada.
- Disminución progresiva de la peristalsis que ocasiona anorexia, distensión abdominal, náuseas y vómito.
- Disminución de la función circulatoria que genera pulso filiforme, palidez facial, cianosis peri bucal y ungüeal, facies hipocrática y bradicardia.
- Alteración de la función respiratoria que se manifiesta con estertores, tipos diferentes de respiración (como Cheyne- Stokes), estridores y sibilancias.

- Pérdida o alteración de la conciencia y de los sentidos, específicamente en la visión que se torna borrosa y en la conservación percepción auditiva. (Reyes, 2009:691).

2.2.1 Necesidades que se enfocan a la atención de enfermería a pacientes terminales.

Necesidades físicas.

- Ofrecer un ambiente terapéutico, sin olvidar que en este debe existir una buena iluminación y la presencia de los familiares.
- Valoración clínica continúa a fin de detectar oportunamente cualquier manifestación que se presente.
- Cambio constante de ropa tanto del paciente como de su cama.
- Aseo corporal y lubricación de mucosa oral y piel.
- Vigilar funcionamiento corporal (cardiovascular, respiratorio, neurológico, renal, gastrointestinal).
- Ofrecer una terapia analgésica necesaria.

Necesidades emocionales.

- Permitir al paciente la expresión de sus sentimientos, interés, emocional, temores y decisiones.

- Explicar al paciente y familiares sobre su diagnóstico, tratamiento medidas generales y específicas, así como el pronóstico, con la honradez, sensibilidad y seguridad.
- Confortar en momentos difíciles y trascendentes.
- Mantener comunicación constante.
- Atender al paciente y familiares en cada una de las etapas que preceden a la muerte.

Necesidades espirituales.

- Poseer conocimiento sobre creencias y prácticas religiosas.
- Detectar manifestaciones que impliquen la necesidad de una ayuda espiritual.
- Solicitar la presencia del representante religioso a la petición del paciente y/o familiares.
- Participar si es necesario, en la práctica de ritos religiosos. (Rosales, Reyes, 2009:464-465).

2.2.2 Asistencia de enfermería ante un paciente en fase terminal.

Algunos enfermos mueren en el hospital. Con ello ha de contar desde su llegada el profesional de enfermería que debe estar preparado anímica y profesionalmente

para afrontar las varias situaciones posibles y no siempre agradables, el turno a la muerte de un paciente.

A veces la muerte es rápida e inesperada, en cuyo caso poco cabe que hacer para asistir al moribundo pero en la mayoría de los casos la muerte llega tras un proceso más o menos lento de agonía. En general enfermería le corresponde a que el enfermo se encuentre cómodo y soporte el trance con comodidad.

Cuando el moribundo está consciente de su gravedad, puede caer en profundas depresiones, crisis nerviosas y desesperación o al menos sufrir trastornos emocionales.

Estos estados de ánimo se reflejan de modos diversos: ansiedad negativa al tomar alimentos o medicación, preguntas insistentes sobre sus posibilidades de sobrevivir interés sobre lo que ha dicho el médico, llamadas a familiares, quejas continuas, negativa a quejarse solo etc.

El personal de enfermería debe enfocarse:

- a) Mantener serenidad
- b) No responder cuando el enfermo pregunta sobre la opinión de los médicos o sobre su estado. En estos casos se debe limitar siempre a decir que el médico no suele comunicarse con el personal de enfermería y ninguna información sobre la salud del enfermo o simplemente, que lo ignora.
- c) Animarlo siempre, pero hacerlo concebir falsas esperanzas.

El enfermero moribundo necesita de una atención personal muy especial y a medida que sus fuerzas se debilitan la ayuda del personal de enfermería será mayor.

Estos son los principales cuidados que se deben presentar en un paciente en fase terminal.

- Higiene frecuente del cuerpo sobre todo la boca, extracción de flemas, limpieza de la saliva, etc.
- Aseo y cambio de ropa cuantas veces sea necesario incontinencia y ello obliga a cambios frecuentes de ropa. Cambiarlo de postura con frecuencia según las instrucciones del médico y del enfermero (a). Si el enfermo esta consiente, no debe permanecer en decúbito supino, porque podría producirse aspiración de líquido.
- Arropearlo convenientemente, ya que la disminución de riego sanguíneo ocasionarse frio o temblores.
- Administrarle medicamentos líquidos.
- Ser cautelosos con los comentarios en voz alta, porque normalmente el último de los sentidos que se pierde es el oído.
- Permanecer a su lado durante sus últimos instantes y comunicar su muerte inmediatamente.

El personal de enfermería debe de respetar el deseo de aislamiento de la familia proporcionando biombos cuando no se dispone en la habitación. Individual.

Aunque a veces los familiares estén presentes, el auxiliar de enfermería no debe dejar en manos aquellos los cuidados físicos del paciente en fase terminal.

Enfermería debe ayudar a los familiares en todo lo posible e informar servicios de cafetería, restaurantes etc. (Rosales Reyes, 2009: 466)

Capitulo III. Amortajamiento.

Concepto.

Es el conjunto de intervenciones de enfermería que se proporciona a un cadáver, el objetivo es preparar un cadáver para su inhumación o cremación, poder participar en la elaboración del duelo de los familiares en el menor tiempo y dolor posible. (Rosales, Reyes, 2009:477).

Proporcionar los cuidados de un paciente después de la muerte, cualesquiera que sean los procedimientos establecidos, la enfermera debe tratarlos con dignidad y respeto.

Principios: La relajación de los esfínteres permite la salida de secreciones por los orificios naturales. El tejido muscular se pone rígido después de la muerte debido a la coagulación del glucógeno y formación de ácido láctico. (Anorve, 2000: 168).

3.1 Actitud de Enfermería Ante la Muerte y el Amortajamiento.

Enfermería pasa por un proceso de formación, en el cual adquiere conocimientos, habilidades, técnicas nuevas, y muchas experiencias; y con el paso del tiempo se va realizando en el ámbito de interés y así mismo forjando el carácter que adquiere en su ámbito laboral.

Todo el personal de salud pasa por el mismo proceso con la diferencia de que él se enfrenta a un proceso doble como es el de la muerte, y al decir doble me refiero a que no solo queda la impresión de la muerte como profesional que en ese momento es sino también como persona.

Sabemos que toda persona tiene derecho de morir en una forma serena y confortable.

El personal de enfermería puede intervenir de una forma importante en esta experiencia y ayudar a que el paciente no tenga miedo, molestias y sufrimientos innecesarios.

Todo el personal de enfermería, debe aceptar la personalidad de un enfermo, coincidan o no sus ideas; pero siempre tratando de brindar el apoyo y la asistencia necesaria para que el paciente viva o muera satisfactoriamente.

Sin embargo, para enfermería en sus primeros encuentros con la muerte y el amortajamiento constituyen algún grado de depresión, sin saber qué hacer, mezclando a su vez una serie de emociones y sentimientos que llegan a aturdirlo, pero en el fondo de la confusión comprenden y saben que algo deben de hacer, al mismo tiempo puede que evadan esta situación e ignorar el significado de lo que está sucediendo.

Por lo cual se sabe que muchas veces enfermería no está preparado para hablar de muerte y mucho menos expresar sus sentimientos.

Enfermería debe aprender a escuchar, tener tacto y no evitar conversaciones que se tornen dolorosas, cuando el momento de partir llega el personal de enfermería, no necesita decir nada, pues en verdad lo que cuenta es estar presente, el silencio y el tacto son una manera significativa de comunicación (mucho más cuando no se sabe que decir).

Las familias requieren de tiempo y atención. Es difícil aliviar la crisis que la familia está enfrentando, ciertos momentos no hay palabras adecuadas para consolarla y

tranquilizarla, lo importante es transmitir los sentimientos de solidaridad. (Morrison, 2000:88-89).

3.1.1 Sentimientos.

El sentimiento es un estado afectivo o de ánimo que se manifiesta a partir de la experiencia de sensaciones afectivas o de acción en relación consigo mismo, las personas o cosas de su entorno.

El sentimiento implica una elaboración y representación cognitiva de lo que sucede o experimenta, pudiendo ser estados corporales, percepciones, recuerdos y pensamientos. Siendo lo anterior que el sentimiento no es fácilmente observado por todos, y su duración es larga.

Los sentimientos no son buenos ni malos; son de aceptación o rechazo, según los efectos que produzcan en la persona. Por tanto, son agradables orientados hacia el pasado, presente, o futuro. Sirven para detectar nuestras necesidades y estos pueden ser:

- a) Disminuidos: Cuando minimizamos lo que sentimos; no damos importancia.
- b) Proporcionados: Adecuados al estímulo que provocó el sentimiento.
- c) Exagerados: Cuando este sucede ,generalmente lo que se encuentran detrás de la situación puede ser:
 - Que un sentimiento tape a otro (tristeza tras el enojo, miedo con efecto, efecto con miedo etc...)

- Que exista un asunto pendiente o incluso con alguien
- Que cultural o educativamente sea un mal hábito.

Los sentimientos natos son 5: Miedo, Alegría, Tristeza, Enojo y Afecto y se describen a continuación.

Miedo: es un sentimiento nuclear de supervivencia, se presenta en situaciones de amenaza física, mental, emocional y social, se presenta como reacción ante cualquier peligro, alterando así el estado mental, fisiológico de la persona, permite auto protegerse, manifestándose como huida.

Alegría. Es un factor de realización, se experimenta al satisfacer una necesidad, es considerada como un sentimiento positivo, y se manifiesta a través de risas

Tristeza, está ligada con la sensación de pérdida y desilusión, permite que nos alejemos y nos encontremos con nosotros mismos, su sensación es desagradable, y en ella aparecen emociones como llanto.

Enojo: es un estímulo interpretado, como intromisión la cual nos permite defendernos de la invasión del ambiente al poner límites, implica seleccionar lo que nos hace bien o mal, y así mismo alejarnos de lo último.

Afecto: implica la atracción o inclinación de una connotación positiva hacia el entorno, es la base que conforma un vínculo con el medio es objetiva ya que se manifiesta por medio de conductas (besos, abrazos) estas connotan afecto o cariño hacia otros.

Los sentimientos no solo se dicen, se muestran; de ahí la importancia de detectar como se expresa verbalmente una persona, ya que cuando existe un sentimiento intenso, esta manifiesta lo que la persona siente en el momento de expresarlo. Cómo y cuánto son buenos indicadores de cómo y cuánto se siente, incluso, se juzgue a la permanencia del sentimiento a través del mantenimiento de la expresión.

Los sentimientos Innatos pueden ser mejor observados en momentos de crisis, ya que están influidos por heridas y vivencias emocionales primitivas, y solo cambia el sentimiento, de acuerdo a las experiencias, su percepción, significado y aprendizaje de lo vivido.

Si logramos establecer empatía podremos identificar estos dos factores: como y cuanto de la expresión del sentimiento, e identificar y distinguir si la persona nos habla de sentimientos o la está racionalizando. (Morrison, 2000:88-89)

Los sentimientos se usan constructivamente al:

- Recordar que es natural tener sentimientos.
- Aceptarlos como propios, experimentándolos y dejándolos sentir.
- No justificarlos, ni racionalizarlos.
- Identificar las necesidades que esta tras de él.

A través de los sentimientos percibimos los que nos afecta y lo que nos interesa, por lo tanto los sentimientos son experiencias conscientes en las que las

personas se encuentren interesada o involucrado; nos informan cómo nos afectan las cosas que suceden a nuestro alrededor. (Castilla, 2008: 216-219).

3.1.2 Emociones.

EMOCION en su sentido etimológico proviene de la raíz de la palabra *motore*, del verbo latín “mover” además del prefijo “e” que implica alejarse, va ligado a un impulso involuntario *motus anima* el cual significa espíritu que nos mueve.

La emoción es innata a todo ser vivo, es espontánea y de corta duración, y su función es de protección y supervivencia.

Se llaman emociones innatas a aquellas tienen como objetivo la supervivencia y preservación de la vida, su principal función es la autodefensa.

Darwin fue el primero que puso de manifiesto la importancia funcional de las emociones.

Las emociones según Darwin cumplían dos funciones:

1.- Facilitaban la adaptación del organismo al medio y, por tanto, su supervivencia al reaccionar éste de manera adecuada ante las situaciones de emergencia (por ejemplo, lucha, huida).

2.-Servían como medio de comunicación de las futuras intenciones a otros animales mediante la expresión de la conducta emocional.

La teoría que ha tenido mayor repercusión es la que habla de unas emociones primarias que serían categorías emocionales primitivas de carácter universal y a partir de las cuales se desarrollarían las demás emociones secundarias.

Las emociones y sentimientos también tienen un papel importante en la vida cotidiana ya que estas, matizan la forma en la percibimos la realidad, es decir; son como lentes de colores que reflejan y pintan de acuerdo a experiencia de vida, por lo tanto para que algo sea emocionante o significativo dependerá de la propia cosmovisión, de los valores asimilados, las experiencias entre otros.

Entonces se dice que la influencia que ejercen las emociones y sentimientos en nuestro hacer y qué hacer puede variar, ya que el ambiente solo presenta determinados estímulos, pero somos nosotros los que le damos significado y sentido esto, de acuerdo a nuestra historia de vida. (Darwin, 2009:206-207).

3.2 Cuidados de enfermería en el amortajamiento.

Enfermería ha acumulado diversidad de experiencias en la asistencia de las necesidades básicas de los enfermos, uno de los actos que se vive con mayor intensidad es el regreso del paciente ya sea por mejoría, voluntaria o por defunción.

Cuando no siempre todo sucede como quisiéramos, si no como un proceso irreversible (muerte) hay que asumirlo con valor y decisión.

El personal de enfermería en proceso de formación es otro factor más en el escenario, no solo como espectador, ya que se sabe que se está entrenando para actuar con serenidad y reflexión puesto cada experiencia es nueva.

Dentro de las complicaciones intratables se proporcionan criterios de irreversibilidad en la que se incluyen: fallo respiratorio, embolia pulmonar, coma metabólico, hemorragia grave y abdomen agudo.

Cuando el paciente ha fallecido, se deben realizar los cuidados post- mortem que son cuidados que se proporcionan al cadáver después de la muerte para conservarlo en el mejor estado posible para su traslado.

Antes de trasladar al tanatorio o a las instalaciones de la funeraria, un paciente fallecido necesita cuidados que deberá brindar el cuidador profesional, un funerario o la persona apropiada identificada por las creencias espirituales del difunto, A estos cuidados también se les conoce como cuidados post-mortem.(Reyes,2009:444).

3.2.1 Equipo y material que se ocupa para amortajar.

1. Guantes desechables.
2. El equipo para la higiene personal.
3. Pañal desechable.
4. Paquete de vendas.
5. Apósitos.
6. Cinta hipoalergénica.
7. Sabanas.
8. Bandas para la identificación del paciente.
9. Tarjetas de identificación del paciente o tarjetas de notificación de la defunción o ambas a la vez cumplimentadas a apropiadamente con el nombre completo del paciente y otros detalles que sean necesarios.
10. Sabana de mortourio o sábana blanca limpia.
11. Vendaje de gasa.
12. Carrito para el equipo.
13. Recipiente para la ropa del paciente.
14. Recipiente para las pertenencias del paciente.
15. Recipiente para la ropa sucia.

16. Cuaderno con lista de los objetos personales del paciente.
17. Cuaderno con lista de la ropa del paciente.
18. Recipiente para los materiales desechables contaminados.

Los detalles del procedimiento varían según los antecedentes culturales y las prácticas religiosas del paciente y, por tanto, es indispensable tener presente las necesidades específicas antes, durante o después del deceso. (Reyes, 2009:90).

El personal de enfermería debe proporcionar dignidad y sensibilidad ante el cadáver y su familia, cerrar la hoja de evolución de ese día con comentarios finales, debe equiparse del material necesario para la preparación del cadáver.

Después del fallecimiento del paciente el personal de enfermería debe reducir al mínimo su estrés que genera la situación, teniendo en cuenta y explicando los cuidados del cuerpo y los cambios fisiológicos reales que aparecen con la muerte.

Vale la pena destacar que enfermería, otorgan una mayor importancia a los aspectos emocionales en el proceso de morir dado que el ejercicio de enfermería implica, el afrontamiento a la enfermedad terminal, la agonía, el dolor, el sufrimiento y finalmente la muerte de sus pacientes, es necesaria una formación específica de cuidados paliativos, para aquellos futuros profesionales, que ejerzan su labor con enfermos avanzados o terminales.

Los detalles del procedimiento varían según los antecedentes culturales y las prácticas religiosas del paciente y, por tanto, es indispensable tener presente las necesidades específicas antes, durante o después del deceso (Sorrentino, Gorek, 2002:309).

3.3. Procedimiento de amortajamiento.

- Informar al médico que confirme y verifique el fallecimiento se debe de iniciar la preparación del cadáver si no ha sido examinado por el médico.
- Realizar pruebas que certifiquen la defunción (EKG).
- El facultativo informara a los familiares del fallecimiento y de los trámites a seguir, incluyendo la opción de dejar un tiempo prudencial para despedirse de su fallecido en el servicio y si la familia lo solicita avisar a su representante de su religión.
- Se informara de las salas específicas donde esperara el traslado de su familiar y se le ofrecerá en todo momento el apoyo necesario,(apoyo psicológico).
- Se debe preparar el cuerpo con el máximo respeto y la mayor intimidad del fallecido,(con biombo, cortinas).
- Informar a la enfermera a cargo o al personal del turno o en el hogar del paciente ayudar al cuidador a establecer en contacto con la funeraria
- Reunir y preparar el equipo para asegurarse de que se dispone en todo el equipo y material.
- Retirar toda la ropa de la cama superior dejando una sábana para cubrir al difunto y permitir el acceso fácil del cuerpo.
- Dejar el cuerpo acostado, mirando asía arriba, con las extremidades y brazos en una posición natural a los lados .El rigor mortis aparece 2-4 h

después del deceso; después de este periodo es difícil colocar el cuerpo en posición.

- Retirar cualquier equipo de enfermería o médico para reducir el aspecto clínico de la habitación.(Rosales,Reyes,2009:456)

3.3.1 Técnica de amortajamiento

- Preparación de los profesionales con material. El profesional debe ponerse bata desechable, guantes, gorro, mascarilla.
- Colocar el cuerpo en decúbito supino con la cama en posición horizontal, los brazos a ambos lados del cuerpo y tobillos juntos, para que no se produzcan deformidades en la cara y en el cuerpo.
- Cerrar los ojos bajando los párpados superiores.
- Retirar sondas, vías, y drenajes colocar apósitos secos en cualquier herida o puntos de drenaje. En caso de grandes incisiones se sutura con seda.
- En caso de salida de líquidos corporales con orificios, se puede taponear las zonas que lo requieran con algodón.
- Lavar el cuerpo y secarlo.
- Si el fallecido utilizaba dentadura postiza u otro tipo de prótesis, si es posible se puede colocar.

- Sellar los labios con aerosol de película plástica para evitar que la boca se quede abierta. En caso de necesidad se puede sujetar la mandíbula con una venda elástica.
- Aspirar secreciones si fuera necesario es aconsejable retirar traqueostomía o SNG para evitar reflujos.
- Envolver el cuerpo extendiendo una sábana limpia sobre la cama en forma de pico, semejando a un rombo. Volver a colocar el cadáver en posición decúbito supino centrado.
- Doblar el pico superior de la sabana a modo de toca, sobre La frente del cadáver, asegurando el dobles, a nivel del cuello con tela adhesiva.
- Envolver el tórax, posteriormente el abdomen y por ultimo las extremidades inferiores. Asegurar con tela adhesiva.
- Se debe procurar que el pico de la sabana que permanece encima sea siempre el mismo. La mortaja con las menos arrugas posibles.
- Con tela adhesiva fijar la sabana alrededor del tobillo.
- Colocar una identificación sobre el torax del cadáver en donde contenga su nombre con apellidos, patología, nombre del médico, fecha y hora de su muerte.
- Guardar sus pertenencias en una bolsa identificativa para entregar a los familiares procurando que esté presente otra persona el equipo.

- Registrar en el registro de enfermería la hora de su muerte, así como todos los procedimientos que se realizaron al fallecido antes y su causa de su muerte.
- Avisar al celados siguiendo los trámites burocráticos para realizar el traslado al servicio del velatorio.
- Registrar su baja del fallecido en la unidad y en el reto de los servicios vinculados con el fallecido.
- Limpieza y desinfección del área del fallecido. (Rosales, Reyes, 2009:459).

Institución.

En una institución se describe el amortajamiento de la siguiente manera.

- Envolver el cuerpo en la sabana, asegurándose de que quede completamente cubierto, y fijar la sabana con una cinta adhesiva o con vendaje de gasa para evitar la exposición del difunto durante su traslado a la funeraria.
- Adherir una tarjeta de identificación o la tarjeta de notificación del deceso en la sabana utilizando cinta adhesiva, para facilitar la identificación ulterior.
- Si hay riesgo de infección, el cuerpo puede colocarse en una bolsa para cadáveres .La bolsa se etiqueta con la frase “peligro de infección” más el nombre de la infección.

- Enumerar la ropa del paciente, creando así un recibo para uso ulterior.
- Colocar a la ropa y las pertenencias del paciente en un lugar seguro para garantizar que se resguarden con seguridad hasta que las recojan los familiares.
- Desechar el equipo y el material con seguridad para reducir cualquier riesgo sanitario.
- Informar al camillero de que el cuerpo ya está listo para que lo recojan: esto permitirá que el cuerpo se enfríe lo antes posible tras el deceso y de esta manera se ralentizara el proceso de descomposición.
- Ala llegada del camillero con las camillas del mortuorio, debe garantizarse la privacidad de los demás pacientes para tratar de evitar la angustia adicional.
- A otros pacientes se les informar amable y honestamente de que el paciente ha fallecido y se les brindara el apoyo necesario.
- Documentar de forma apropiada el procediendo de enfermería para obtener un registro por escrito de los cuidados que se le brindaron.

Comunidad.

Un paciente que fallece fuera del área hospitalaria se describe el amortajamiento de la siguiente manera.

- Cubrir el cuerpo con una sábana con fines estéticos. A menos que el cuidador pida lo contrario, se dejara el rostro descubierto.
- Retirar cualquier material de enfermería portátil o equipo para reducir el aspecto clínico de la habitación.
- Después de retirar el cuerpo, recoger todo equipo residual, de manera que el entorno doméstico vuelva a lo normalidad.
- Documentar apropiadamente el documento de enfermería para obtener un registro escrito de los cuidados que se proporcionaron.

Al llevar a cabo este procedimiento, las enfermeras son responsables de sus acciones, de la calidad de la asistencia que proporcionan y del mantenimiento de registros de acuerdo con el código de conducta profesional; normas de conducta, desempeño y ética (Sorentina, Gorek, 2002:401).

3.3.2 Consideraciones especiales del amortajamiento.

1. Cuando del fallecido tuviera indicaciones de necropsia (examen del cuerpo después de la muerte): adjuntar la autorización de la historia clínica, seguir órdenes específicas del facultativo (en lugar de quitar los catéteres cortarlos).
2. En caso de fallecidos por ciertas enfermedades infectocontagiosas se tendrá consideraciones a la ora de retirar residuos y de mandarlos a sus lugares específicos. Utilizar para el amortajamiento las medidas indicadas para cada tipo de aislamiento y siempre las medidas de protección universal.

3. Es de especial importancia tener en cuenta que cuando el paciente está preparado para bajar al tanatorio, el velador de turno llamara al jefe veladores para tener la confirmación medica del fallecido o cualquier otra verificación médica o sanitaria del cadáver, el registro de la defunción y la gestión de la autorización de sepultura. A su vez, este será el encargado en el tanatorio de avisar a la funeraria correspondiente.
4. En caso de donación de corneas y tejidos, avisar al coordinador de trasplantes, él nos dirigirá la técnica de amortajamiento.
5. Procurar tener despejados los pasillos y ascensores de personal .realizar todo el proceso con la mayor discreción posible.
6. Si el fallecido no tuviera familia, guardar su pertenencias en una bolsa previamente identificada y comunicarlo a la supervisora (o).
7. En pacientes portadores de marcapasos por ejemplo (DAI) se debe extraer la pila por si el cadáver es incinerado posteriormente, puesto que debe provocar explosión. La extracción debe realizarse con el facultativo mediante incisión en zona subclavia extrayendo el dispositivo y procediendo su posterior cierre.
8. El traslado de cadáveres o restos de cadáveres hacia otras poblaciones podrá realizarse:
 - Por cualquier empresa legalmente autorizada para prestar el servicio
 - El cadáver debe estar previamente tratado según su normativa vigente.

- Se acompañara con la documentación exigida, especificando descripción de la actividad, incidencia en salubridad y en el medio ambiente, y si existe riesgos potenciales.
<http://www.minsa.gob.gob/enfermeria/docinter/manual/protocolos-procedimientos.pdf>: (11/mayo/2017, 4:40pm)

3.3.3 Precauciones universales

Este conjunto de precauciones debe ser aplicado en forma universal y permanente en relación con todo tipo de pacientes. Para efectos prácticos, toda persona debe ser considerada como portador potencial de enfermedades transmisibles.

Indicaciones: recomendadas la atención de todos los enfermeros, sin importar su diagnóstico o el supuesto estado infeccioso.

Finalidad. Diseñadas para proporcionar una barrera precautoria para todo el personal asistencial y evitar la propagación de enfermedades infecciosas.

Aplicación: se aplica en el manejo de sangre, otros líquidos, secreciones, excreciones corporales, piel no intacta y mucosas.

Tipos de Precauciones Universales:

* Lavado de manos: El medio más importante para evitar que se propague una enfermedad. Practíquese antes y después de todos los contactos con los pacientes y después de estar en contacto con sangre, líquidos corporales o equipo contaminado.

- * Guantes: El personal debe utilizar guantes que no sean de caucho, siempre que esté en contacto con líquidos corporales. Nota: Las lociones degradan el material de los guantes.

- * Mascarilla y protección de ojos: Se utilizan siempre que exista la posibilidad de que se presenten salpicaduras de líquidos corporales.

- * Batas clínicas: Se usan siempre que exista la posibilidad de que la piel al descubierto o las ropas se contaminen durante el contacto con el paciente.

- * Eliminación de objetos punzocortantes: Los instrumentos punzocortantes y las agujas se eliminaran dentro de un recipiente marcado con precisión y resistente a pinchazos. Nunca se debe colocar de nuevo el capuchón en las agujas.

- * Contenedores de deshechos: La ropa contaminada debe colocarse en una bolsa hermética. La basura muy contaminada se coloca en un depósito de color rojo (riesgo biológico) y se coloca en algún contenedor apropiado.

- * Descontaminación: La desinfección apropiada del equipo contaminado se realizará de acuerdo con las directrices de cada institución. El equipo desechable se eliminará adecuadamente después de usarlo. (Sorentino, Gorek, 2002:788).

3.4. Formación de la enfermera ante la familia.

Es importante que las familias y los cuidadores estén informados de lo que puedan hacer después de una defunción y que grupos de apoyo están a su disposición. Las familias afligidas necesitaran una asistencia sensible y compasiva.

Cualquier petición para ver al fallecido se arreglara lo antes posible, ya que esto ayudara a los familiares ante el proceso del duelo., se preocupara en lo posible que el fallecido tenga el aspecto lo más tranquilo posible, que se despeje el equipo del lugar y que se disponga de una silla. Muchas enfermeras tratan de no mostrar cuanto les ha afectado la muerte de un paciente, pues consideran su propia ansiedad como un signo de debilidad.

La enfermera también necesita ayudar y apoyar a sus colegas antes, durante y después de este procedimiento de enfermería. (Sorentina, Gorek, 2002:402).

3.5. Declaración de los derechos de los moribundos.

Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta al momento de mi muerte.

Tengo derecho a mantener una sensación de optimismo por cambiantes sean mis circunstancias.

Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar mi muerte.

Tengo derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados.

Tengo derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos de curación deban transformarse en objetivos de bienestar.

Tengo derecho a no morir solo.

Tengo derecho a no experimentar dolor.

Tengo derecho a no experimentar dolor.

Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.

Tengo derecho a no ser engañado.

Tengo derecho a disponer de ayuda para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.

Tengo derecho a morir con paz y dignidad.

Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones mis que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.

Tengo derecho a discutir y acrecentar mis experiencias religiosas o espirituales cualquiera que sea la opinión de los demás.

Tengo derecho a esperar con inviolabilidad del cuerpo humano, sea respetada tras mi muerte.

Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener, satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte. (Rosales, Reyes, 1999:48).

Ubicación de la práctica profesional.

CENTRO MEDICO ISSEMYM “ARTURO MONTIEL ROJAS”.

DIRECCION: Av. Baja Velocidad Km. 57.5 Carretera México-Toluca, número 284
Col. San Jerónimo Chicahualco.

Municipio: Metepec

Antecedentes históricos.

Durante la gestión del Prof. Santiago Velasco Ruiz, a finales de los años 60's, se inicia la gestión del Hospital de Concentración Toluca, antes conocida como Policlínica, misma que a la luz de los nuevos requerimientos de la población derechohabiente, obligaba a visualizar la construcción de una nueva infraestructura que no sólo respondiera a los requerimientos de: reducir los niveles de subrogación ante otros institutos nacionales de salud, sino concentrará un buen número de especialidades que contribuyeran a restablecer la salud de los pacientes o bien en su caso a mejorar sus condiciones de vida, además que con su operación se pudiera garantizar a largo plazo la prestación de los servicios de salud de segundo y tercer nivel que demanden los derechohabientes y sus familiares y dependientes económicos. La infraestructura idónea, para atender lo antes expuesto, lo constituyó el Centro Médico ISSEMYM, bajo las siguientes consideraciones:

1. El resultado de los estudios de población, el comportamiento de la morbilidad, la mortalidad y la demanda de servicios en el segundo nivel de atención, pero sobre todo por el aumento de los servicios subrogados y el creciente gasto que esto representa para la Institución ante los Institutos Nacionales de Salud, así como otros como el Hospital de la Luz y el Hospital para evitar la Ceguera.

2. Los estudios de población en el Estado de México que indican una tendencia de crecimiento para el 2005 del 9.3%, para el 2010 del 16.88% y para el 2020 del 28.42%, incrementos mayores a la tendencia nacional.

En este contexto, el ISSEMYM espera, en la misma forma, un aumento natural de sus derechohabientes con el consecuente crecimiento de la demanda de los servicios, mismos que al asociarlos con la transición poblacional y epidemiológica, a los avances tecnológicos, así como a las adaptaciones que se han realizado a los hospitales de segundo nivel, estos resultan de alto costo, además que no resuelven cierta problemática de alta especialidad que se presenta en las unidades médicas del Instituto.

3. La pirámide poblacional del ISSEMYM muestra un importante ensanchamiento entre los 25 a los 48 años, con 310,690 personas (46.53%) y de los 50 años en adelante que rebasan los 88,000 (13.21%), estos grupos de edad representan a los derechohabientes con mayor probabilidad de ser afiliados al Instituto, con una esperanza de vida mayor a los 76 años, lo que indica un incremento en la atención de pacientes con padecimientos crónico degenerativos, circulatorios, osteotendinosos, infecciosos, renales crónicos que en múltiples ocasiones se agudizan y tumores benignos o malignos.

4. Entre 250 y 300 pacientes son canalizados mensualmente, para ser valorados a los hospitales de tercer nivel de atención antes mencionados, así como para su tratamiento y seguimiento. Atendiendo a lo antes expuesto, el pasado 27 de agosto del 2002, se inauguró el Centro Médico ISSEMYM, que se erige como el hospital de mayor complejidad con alta especialidad cuyo objetivo es el de ofrecer calidad en la prestación de los servicios que ofrece a sus derechohabientes con un profundo sentido humano, investigación médica e investigación continua. Para lograrlo, cuenta con 44 mil 640 metros cuadrados de superficie y 25 mil 620 de

construcción, siendo el primer hospital de alta especialidad en el Estado de México, en beneficio de más de 650 mil derechohabientes.

El Centro Médico ISSEMYM cuenta con 200 camas censables; 60 camas-no censables; 40 consultorios; 8 quirófanos; y 5 salas de operación; además, cuenta con 36 especialidades y subespecialidades; entre los servicios que proporciona se encuentra el de hospitalización, consulta de especialidades, farmacia, imagenología, ultrasonido, tomografía, laboratorio de patología clínica, banco de sangre, entre otros. También, se cuenta con hospitalización para adultos, para infecto-contagiosos, de cuidados continuos y de aislamiento protector, así como unidad de quemados, camas de micro esferas, cubículo con técnica de aislamiento, diálisis peritoneal y quimioterapia.

Políticas de la institución.

El Centro Médico ISSEMYM, es un unidad médica del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, con autonomía técnica para el ejercicio de sus atribuciones y cuyo propósito principal, de carácter sustantivo, se encuentra orientado a proporcionar a la población derechohabiente atención médica en especialidades básicas y de tercer nivel, así como promover la enseñanza e investigación en materia de salud.

- I. Proporcionar a la población derechohabiente atención en especialidades básicas y de tercer nivel de atención o de alta complejidad, con equidad, eficiencia y eficacia, gran capacidad resolutive, con principios éticos y desarrollo humano sostenible.

- II. Restituir la salud transitoriamente perdida de los derechohabientes que padezcan ciertas enfermedades que ocurren

esporádicamente, aquellas que son complejas y otras que se han complicado para integrarlos lo más pronto posible a su vida familiar y laboral. III.

- III. Realizar investigación médica para crear conocimientos que coadyuven a elevar la calidad de los servicios de salud.

Clasificación de la Institución.

Por su tamaño: Grande

Tipo de pacientes que atiende: Agudo y Crónicos.

Dependencia: Gubernamental.

Nivel de atención: Tercer nivel

Tipo de pacientes que atiende.

El centro médico ISSEMYM atiende a pacientes con enfermedades agudas y crónicas y que trabajan en una institución pública de gobierno así mismo el servicio, está destinado para recibir, estabilizar y atender al paciente que requiera de atención médica inmediata, que ponga en peligro la vida de la persona o la función de un órgano; el cual está ubicado en las Clínicas Regionales, Hospitales Regionales y Hospitales de tercer Nivel.

Servicio que presta a la comunidad.

En cuanto a la cobertura en los servicios de salud, el instituto cuenta actualmente con 110 unidades, 4 Hospitales de tercer nivel, 10 hospitales de segundo nivel, y 94 de primer nivel. Para el otorgamiento de las prestaciones socioeconómicas, el instituto cuenta con 3 unidades de atención y 8 oficinas de atención a

derechohabiente, las cuales han permitido acercar los servicios de diversos que prestan en todo el Estado de México.

En lo que respecta a la infraestructura para prestaciones sociales, culturales y asistenciales, El ISSEMyM, cuenta con 3 centros vocacionales, 2 estancias para el desarrollo infantil, un centro asistencial para pensionados, así como una escuela de música.

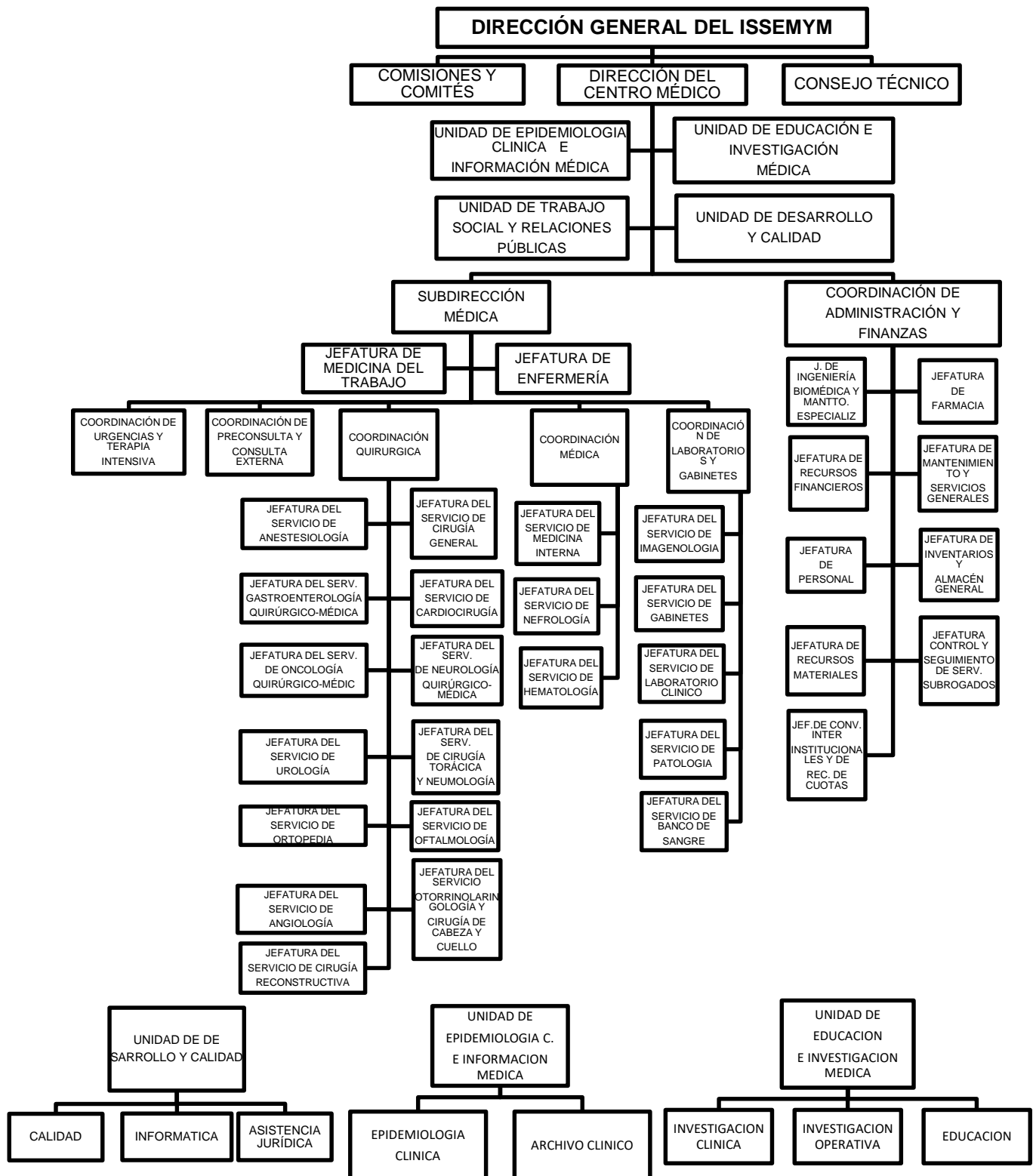
Misión del centro médico ISSEMYM.

Prestar la salud de nuestros pacientes con servicios de calidad y alta especialidad sustentados en investigación científica, formación de recursos humanos y con gran responsabilidad. (Manual General de organización del Centro Medico ISSEMYM, 2002, noviembre)

Visión del centro médico ISSEMYM.

Consolidar en centro médico como una unidad hospitalaria líder en Estado de México como presencia nacional y con estándares internacionales en la prestación de servicios de salud, la formación integral de recursos humanos especializados, así como la generación y promoción de investigación científica. (Manual General de organización del Centro Medico ISSEMYM, 2002, noviembre).

Organigrama.



Descripción del puesto

DESCRIPCIÓN DE PUESTOS (Perfiles y Requisitos)

Datos generales
Categoría: Enfermera General.
Fecha de elaboración: Agosto 2014
Reporta a: Jefe Inmediato
Clave del ISSEMYM: 0962707

OBJETIVO DEL PUESTO
Auxiliar a los médicos, en forma especializada, para la atención médica de los usuarios del Servicio Médico Institucional.

RELACIONES OPERATIVAS Internas y Externas FUNCIONES
1. Colaborar al médico en la atención, administración de medicamentos y tratamiento al personal.
2. Registrar y verificar la existencia, caducidad y estado del material de curación medicamentos del área, reportando a su jefe inmediato los faltantes para su abastecimiento.
3. Realizar a los pacientes la toma de muestras, estudios y exámenes clínicos, conforme a las indicaciones del médico tratante.
4. Tomar y registrar los datos generales y signos vitales del personal
5. Integrar y actualizar los expedientes clínicos del personal, proporcionándolos al médico cuando lo solicite
6. Mantener limpio y esterilizado el material y equipo.

7. Efectuar por indicación médica, curaciones menores, asepsias y aplicación de soluciones o inyecciones.
8. Detectar e informar a su jefe inmediato, sobre las fallas en el funcionamiento del equipo e instrumental, para su reparación.
9. Reportar las actividades diarias de consultas, acciones preventivas, de diagnóstico, laboratorio y suministro de medicamentos o vacunas, para conocimiento de su jefe inmediato.

PERFIL CONOCIMIENTOS
Básicos en materia de enfermería

EXPERIENCIA LABORAL / HABILIDADES	
Para la atención médica de los usuarios del Servicio Médico	
ACTITUDES	
1.- Iniciativa	5.- Institucionalidad
2.- Cooperación	6.- Amabilidad
3.- Asertividad	7.- Discrecionalidad
4.- Responsabilidad	

DESTREZAS
MANUALES: destrezas motrices
MENTALES: racionalidad y objetividad que permitan auxiliar al personal médico y paramédico

CODIGO DE ETICA	
Por materiales y equipos: Si aplica	Por seguridad a otros: Si aplica
Por seguridad a otros: Si aplica	Por asuntos confidenciales: Si aplica

Condiciones de trabajo
Espacios físicos y equipos adecuados

Escolaridad requerida:		
Educación básica: SI	Educación media superior: SI	Educación superior: SI

Capacitación			
Cursos: sí	Diplomados: no	Talleres: sí	Otros: no

Problemática Identificada.

Es por eso que se realiza este trabajo de investigación ya que se identifica que el personal de enfermería que labora en el hospital y que tiene los conocimientos sobre el amortajamiento pero no llevan a cabo la técnica correctamente, ya que esto se ve afectado por la demanda de trabajo y no les permite al personal de enfermería realizar correctamente un aseo general al cadáver, un retiro de sondas o drenajes, así como también la limpieza de los equipos biomédicos que se utilizaron en el paciente.

La convivencia profesional con la experiencia de la muerte y su proceso se encuentra claramente descrita en la literatura especializada como una de las vivencias más impactantes para la mayor parte de los profesionales de la salud.

Por este motivo el proceso de fin de vida ha constituido un importante foco de interés científico y ha sido considerado como uno de los mayores retos que deben afrontar enfermería como los profesionales de Ciencias de la Salud.

Así también el personal tiene contacto con el dolor, el sentimiento de pérdida, el sufrimiento y la muerte del paciente y que estos son factores estresantes muy potentes que afectan al personal de enfermería; éstos, además ponen de manifiesto la insuficiente formación que reciben los profesionales de la salud para el desarrollo de recursos en la atención a este tipo de situaciones con el paciente y la familia.

La cuestión adquiere una mayor relevancia al tratarse sobre el personal de enfermería que se encuentra en presencia de un paciente ante la muerte y así mismo con toda la carga emocional que enfrentan Tanto es así, que el personal de

Enfermería describe sus propias funciones que se realizan con los pacientes y familiares y de la mano se conlleva sus propias experiencias.

Objetivos

Objetivo general:

- Proporcionar información sobre el amortajamiento del paciente como función de enfermería.

Objetivos específicos:

- Aportar información sobre los tipos de muerte.
- Dar a conocer información sobre la preparación de un cadáver.
- Proporcionar información de apoyo al paciente en su etapa de duelo así como también a los familiares.
- Dar conocer los procedimientos de enfermería en el amortajamiento.

Informe detallado de las actividades.

Asistenciales	Administrativas
Signos vitales.	Chequeo de bombas de infusión.
Toma de dextrosis.	Anotaciones en las libretas del material fijo y semifijo Chequeo y anotaciones del RPBI
Aspiración de secreciones	Solicitar material en CEYE
Instalación de sonda nasogástrica.	Recibir material en CEYE
Instalación de sonda Foley.	
Lavado de manos.	Recibir carro rojo
Preparación de medicamentos.	Anotaciones en la hoja de enfermería
Preparación de soluciones.	Recepción de pacientes
Membretar medicamentos.	Chequeo de material en salas quirúrgicas
Instalación de venoclisis..	Abrir hojas quirúrgicas
Cambios de baño de soluciones a pacientes dializados.	Recibir material de quirófano
Baños de esponja.	Pedir dietas para pacientes en el sistema
Vendajes.	Ingresar y egresar pacientes el sistema
Lavar instrumental.	Ingresar datos en el sistema de horarios de la intervención quirúrgica
Envolver material para CEYE.	Ingresar al sistema informe Diario de cirugías.
Surtir material estéril para las diferentes salas de cirugía.	Anotación en bitácora de incidentes sobre el equipo biomédico.
Trasfundir paquetes globulares.	Realizar solicitud de soluciones y

	medicamentos faltantes.
Cambio de posición.	
Aplicación de medicamentos.	
Toma de PVC .	
Presión intraabdominal.	
Toma de presión intracraneal.	
Toma presión arterial media.	
Circular salas que quirófano.	
Instrumentación quirúrgica.	
Realización de técnicas de amortajamiento.	

Docencia
Capacitación de área por parte del personal de enfermería.
Asistencia en Sesiones clínicas
Exposición de temas a pacientes y familiares.
Exposición de temas CEYE.
Exposición del lavado de manos y 5 correctos del lavado de manos en terapia.
Capacitación de pacientes.
Asesorar a los estudiantes de enfermería en su campo clínico.
Exposición del tema "Sala CONTAMINDA"
Congresos.
Talleres.

Investigación
Documentar información sobre los químicos utilizados en ceye
Documentar información sobre medicamentos
Investigación de las etapas de esterilización
Investigación sobre "Sala Contaminada"
Investigación de los cuidados de enfermería

Solución desarrollada y sus alcances.

En la historia de la humanidad, los diferentes grupos sociales han estado envueltos de una serie de ritos, creencias y costumbres que en las últimas épocas se han visto reemplazadas, por unos nuevos modos de morir, hasta el extremo que el espacio escénico de la muerte es en un hospital, y los espectadores del momento dejan de ser la familia, para ser los profesionales de enfermería.

La operación de amortajamiento es una función propia de los enfermeros, simplemente movilizándolo al cadáver es una escena de impacto sentimental y emocional.

El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor cadavérico es por eso que se informa sobre la muerte y el cadáver y enfermería tenga los conocimientos necesarios para poder resolver su función.

Lo que no funciona es que enfermería al realizar el procedimiento de amortajar no tenga la suficiente información para poder asistir un caso de amortajar, y lo que se pretende en este trabajo es aportar la información necesaria para su conocimiento de formación profesional y poder desempeñar su trabajo con calidad.

Este trabajo es de suma importancia ya que para muchos el amortajamiento es una función que desempeña enfermería en el área hospitalaria y que día a día en el hospital se presentan fallecidos por cualquier causa, el amortajamiento es una técnica que debe tener conocimiento el personal de enfermería para poder brindar una atención profesional.

Impacto de la experiencia laboral.

Se proporciona la información necesaria sobre la muerte, cadáver, y los cuidados de enfermería en el amortajamiento.

Esta experiencia laboral que se tuvo en el hospital Centro Medico IISEMYM y que se reporta en el área de hospitalización fue de suma importancia ya que uno como enfermera tiene muchas funciones, es importante que enfermería debe priorizar, sus cuidados en sus pacientes, es por eso que en base a esta investigación se analiza el porqué, enfermería no conoce bien una técnica de amortajamiento, y esto da respuesta a que el hospital tiene mucha demanda de trabajo.

Por eso me doy a la tarea de investigar este tema para poder ampliar sus conocimientos de enfermería sobre sus funciones que tienen al amortajar un paciente.

Este trabajo es un beneficio ya que la mayoría de personal no sabe ni tiene idea sobre la muerte, cadáver y sobre todo las funciones que tiene enfermería en un amortajamiento.

Conclusiones.

Con esta realización se recaudó información referente a las funciones que tienen enfermería ante el amortajamiento, se obtuvo los conocimientos necesarios sobre los cuidados necesarios en un amortajamiento. Otro punto importante es que se obtuvo conocimiento sobre de lo que es un cadáver ya que el cadáver es un cuerpo que no tiene vida y que enfermería, realiza su función ante un cadáver.

Por otro lado se analiza, que el hecho de tener un paciente con un tipo de muerte anticipada, lenta o cualquiera de los tipos ya mencionados en el trabajo de investigación implica mucha responsabilidad en el personal ya que en cualquier momento un paciente puede perder la vida y esto se debe a que su pronóstico de salud del paciente no es bueno, lo que conlleva a que nuestras funciones de enfermería ya que debe de existir una prioridad en pacientes que están aborde de su muerte

Por lo cual este trabajo maneja la información necesaria para poder preparar un cadáver y brindar una atención correcta, así como también informarle a los familiares un apoyo emocional y que existen grupos de apoyo que les ayudaran a sobrellevar de la pérdida de su ser querido y así pasar por cada una de las etapas de duelo que enfrentan los familiares.

Sugerencias.

Es importante que se dé a conocer al personal de enfermería temas sobre lo que es un cadáver y como proporcionar sus cuidados de enfermería, tener más información para así poder brindar una mejor atención con calidad y los cuidados específicos que se realizan en un cadáver.

Enfermería debe reportar claramente el evento sucedido en su hoja de enfermería, así como cada cuidado que le brindo a su paciente, apoyarse mutuamente con el personal, trabajar en equipo sería más fácil para el personal ya que muchas veces se ha observado que por la carga de trabajo no se apoyan y con el tiempo contado de entregar su turno, no realizan bien su función.

En este caso cuando se presenta una situación de un fallecimiento, el personal se trata de apurar para poder entregar su turno y se estresan al saber que un paciente falleció durante su jornada de trabajo y las horas son contadas para salir de su jornada, es por eso que se recomienda trabajar mucho en equipo.

Referencias de consulta.

1. Anorve López Raquel, 2000: Manual de procedimientos básicos: Tercera edición México.
2. Behar Daniel, 2004.Un buen morir: Editorial Pax México.
3. Castilla del Pino Carlos, 2002.Teoría de los sentimientos: Editorial Tusquets.
4. Charles Darwin 2009.La expresión de las emociones: Editorial México.
5. Collel Tornet y Fontanls Rous .2003.Relacion del enfermo terminal Editorial.S.A. México.
6. Eseverri Chaverri Cecilio,2006.Enfermeria facultativa, reflexiones filosóficas y éticas: Editorial México
7. García Raúl 2000. Micropolíticas del cuerpo: Editorial biblios.
8. Kossier Barbara, 2008: Fundamentos de enfermería: Edición Pearson.
9. Kubler Rouss Elizabetn, 2013.Duelo y Dolor. Editorial Luciernaga.
- 10.Louis Vincent Thomas, 1996.Antropología de la muerte: Edición Fondo de cultura económica.
- 11.Manual General organización Del Centro Médico ISSEMYM, noviembre 2002.
- 12.Menéndez Eduardo, 2006. Morir de alcohol: Editorial Alianza Mexicana

13. Miller Keane, 1999. Diccionario enciclopedico.5 edición: Editorial panamericana.
14. Morrison Michael, 2000. Fundamentos de enfermería en salud mental: Editorial Panamericana.
15. Norbert Elías 2011. La soledad de los moribundos: 3ª edición Centzantle México.
16. Polo Scott Marco Antonio, 2004. Tanatología y duelo: Edición México.
17. Reyes Gómez Eva, 2009. Fundamentos de enfermería: Editorial Manuela moderno.
18. Rojas Posada Santiago. 2008 .El manejo del duelo: Editorial Norma Av. El dorado n°90 Bogota, Colombia.
19. Rosales Barrera Susana/ Reyes Gómez Eva, 2009. Fundamentos de enfermería: Editorial 3ª Edición Manual moderno.
20. Sorentino Sheila/ Gorek Betrenice 2002. Fundamentos de enfermería práctica: 4ª Edición México.
21. <http://www.minsa.gob.gob/enfermeria/docinter/manual/protocolos-procedimientos.pdf>:(11/mayo/2017, 4:40pm)