

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA
EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE
ACCIDENTES 7-19 “CEIBAL” SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS A
PACIENTES CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO”

Estudio de abordaje cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal realizado
durante el mes de Agosto 2013

Waleska Odette Toledo Solórzano
Carné: 200413988

ASESOR: Mg. Enma Judith Porras Marroquín
REVISOR: Licda. Eva Noemí Rosales de Tuyuc

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas –
USAC - Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de Licenciada en Enfermería

GUATEMALA, OCTUBRE 2,013



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
 6 Avenida 3-55 zona 11, Teléfonos 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392
 E-mail guatenfria@yahoo.com Guatemala, C.A.



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
 GUATEMALA A TRAVÉS DE
 LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS
 TITULADO

**“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL
 SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES 7-19
 “CEIBAL” SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON TRAUMA
 CRANEOENCEFALICO SEVERO”**

Presentado por la estudiante: *Waleska Odette Toledo Solórzano*
 Carné: 200413988
 Trabajo Asesorado por: *Mg. Enma Judith Porras Marroquín*
 Y Revisado por: *Licda. Eva Noemí Rosales de Tuyuc*

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de
 LICENCIATURA DE ENFERMERÍA. PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 Y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la ciudad de Guatemala a los dos días del mes de octubre del año 2013.



Enma Judith Porras Marroquín
 Enma Judith Porras Marroquín MSc
 DIRECTORA



Vo.Bo.

Dr. Jesús Armulfo Oliva Leal
 Dr. Jesús Armulfo Oliva Leal
 DECANO





Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Unidad de Tesis



Guatemala 16 de octubre de 2,013

Enfermera Profesional
Waleska Odette Toledo Solórzano
Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:

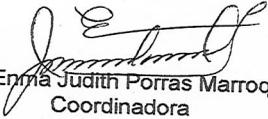
“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL
SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES 7-19
“CEIBAL” SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON TRAUMA
CRANEOENCEFALICO SEVERO”

Ha sido REVISADO Y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su examen general público.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Enma Judith Porras Marroquín
Coordinadora
Unidad de Tesis



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Guatemala 18 de octubre de 2013.

Profesores
UNIDAD DE TESIS
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Presente.

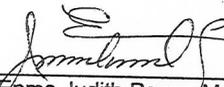
Se les informa que la Enfermera:

Waleska Odette Toledo Solórzano

Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

**"CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL
SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES 7-19
CEIBAL SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES CON TRAUMA
CRANEOENCEFALICO SEVÉRO"**

Del cual el autor se hace responsable del contenido, y el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


AUTOR
Mg. Enma Judith Peras Marroquín
ASESOR
Licda. Eva Noemí Rosales de Tuyuc
REVISOR



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



RESPONSABILIDAD

Solamente el Autor es responsable de los conceptos y opiniones expresados en el contenido del trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala y la Universidad de San Carlos de Guatemala.

AGRADECIMIENTO

A DIOS: Por ser mi guía, mi luz, fuente de inspiración y dador de toda mi vida quien guío mi caminar para alcanzar este triunfo, Gracias Padre Celestial.

A MI MADRE: Carmen Solórzano, por el apoyo incondicional, gracias por ser una madre ejemplar y abnegada dando el ejemplo para que pueda alcanzar mis metas y luchar aunque existan obstáculos.

A MIS HERMANOS: Zoila Jeannette Toledo Solórzano (Q.E.P.D.) gracias por tu amor y compañía de niñas, tu recuerdo lo llevaré siempre en mi corazón, hermanita Gladys Beatriz Toledo Solórzano gracias por tu apoyo incondicional y ejemplo de lucha, mi Hermano Jaime Roberto Toledo Solórzano por ser hermano y Padre que siempre me brinda consejos y apoyo durante toda mi vida y carrera, que esta experiencia de éxito que ahora compartimos sea motivo para unir más nuestro lazo de amor.

VERALIZ OLMEDO: Por el apoyo y cariño incondicional, que siempre me ha brindado.

A MI ESPOSO: Nelson Pérez García, gracias, por ese apoyo y comprensión que me brinda durante la vida, para poder alcanzar mis sueños, dándome fuerzas para seguir luchando y alcanzar mis metas.

A MIS HIJOS: Luis Roberto, Ariel Eduardo, Walleska Jeannette, La razón de mi existir, mis queridos hijitos les dedico este triunfo, gracias por ser el motor de arranque para mi superación, esta es la recompensa de tanto tiempo que los he dejado solos, saben que los amo con todo mi corazón, gracias por apoyarme.

A LICENCIADAS: Eva Rosales de Tuyuc, Enma Judith Porras por el tiempo, paciencia y confianza que me brindaron durante el proceso de tesis.

A LOS HOSPITALES: Hospital General de Accidentes CEIBAL. Y Hospital Roosevelt, por el apoyo en esta investigación.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA: Por ser ente formador de mi profesión.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
I.INTRODUCCION.....	1
II.DEFINICIÓN Y ANALISIS DELPROBLEMA.....	3
1.Antecedentes del Problema.....	3
2.Definición del Problema.....	7
3. Delimitación del problema	8
4. Planteamiento del problema	8
III. JUSTIFICACION	9
IV. OBJETIVO	11
V. REVISION TEORICA Y DE REFERENCIA	11
1.Conocimiento.....	12
1.1Tipos de conocimientos:.....	12
1.1.1Conocimiento Común	12
1.1.2 Conocimiento Tácito.....	12
1.1.3 Conocimiento Explicito.....	12
1.1.4 Conocimiento Científico.....	13
1.1.5 Conocimiento Empírico.....	13
1.2 Fuentes de conocimiento.....	13
1.2.1 Por Intuición:.....	13
1.2.2 Experiencia:.....	14
1.2.3 Tradición.....	14
1.2.4 Autoridad:	14
1.2.5 Ensayo y Error:.....	14
1.2.6 Experiencia Personal:.....	15

2. ENFERMERÍA	15
2.1 Enfermería para Hospital General de Accidentes.....	15
2.2 Niveles del personal de enfermería.....	16
2.2.1 Enfermera:.....	16
2.2.2 Auxiliar de enfermería.....	16
3. EL CUIDADO.....	17
3.1 Cuidado como Rasgo Humano.....	17
3.1.1 Cuidado como Afecto	18
3.1.2 Cuidado como Intervención Terapéutica.....	18
3.1.3 La Familia como Cuidadora.....	19
3.1.4 Cuidado de enfermería.....	19
3.2 Cuidados Paliativos:.....	20
3.2.1 Importancia de los cuidados Paliativos.....	20
3.2.2 Objetivo de los cuidados paliativos.....	20
3.2.3 Principios de cuidados paliativos.....	20
4. Pacientes con Trauma Craneoencefálico.....	22
4.1. Tipos de traumas craneoencefálicos.....	23
4.1.1. Contusión:.....	23
4.1.2 Contusión y laceraciones cerebrales:.....	23
4.1.3 Clasificación de traumas Craneoencefálicos según Escala de coma de Glasgow.....	24
4.1.4 Tratamiento para pacientes con Trauma Craneoencefálico severo:.....	25
4.1.4.1 La hipotensión.....	25
4.1.4.2 La hipoxemia.....	25
4.1.4.3 Temperatura.....	25

4.1.4.4 Cabecera	26
4.1.4.5 Sedación y Analgesia	26
4.4.1.6 Anticonvulsivantes	26
4.5 Medidas de Prevención:	26
5. Teoría de Abraham Maslow "Teoría de la Necesidades Humanas:"	27
5.1. Necesidades básicas	27
5.1.1 Alivio del Dolor	28
5.1.2. Escalera analgésica farmacológica de la OMS	30
5.1.3 Terapias no Farmacológicas.	30
5.1.4 Terapias para controlar el dolor.	30
5.2. Otras terapias para controlar o aliviar el dolor.	31
5.3 Necesidades fisiológicas.	31
5.3.1 Necesidades de Seguridad y Protección	32
5.3.2 Confort y Seguridad	32
5.3.3 Necesidades de Amor, y Pertenencia	33
5.3.4 Necesidades de estima, y de Ego	34
5.3.5. Necesidades del Ser, y de Autoestima	34
5.3.6 Brindar apoyo Psicológico.	34
6. Cuidados Paliativos a pacientes con Trauma Craneoencefalico Sever.	35
6.1 Cuidados de enfermería para mantener la permeabilidad de las vias aereas.	35
6.1.1 Cuidados Higiénicos.	36
6.1.2 Cuidados de Enfermería sobre la Alimentación	36
6.1.3 Cuidados de Enfermería en la Eliminación Intestinal	37
6.1.4 Cuidados de la Piel.	38

6.1.4 Cuidados de la Piel.....	38
7. Hospital General de Accidentes 7-19 Ceibal	38
7.1 Historia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	38
7.1.1 Servicio de Neurocirugía.....	40
VI. MATERIAL Y METODOS	41
1.Tipo de estudio	41
2.Unidad de análisis	41
3. Población y muestra	41
3.1 Población.....	41
3.2 Muestra.....	41
4. Definición y operacionalización de las variables.....	42
5. Descripción detallada de técnicas y procedimientos e instrumentos a utilizados	44
6.Criterios de Inclusión y Exclusión	45
6.1. Criterio de Inclusión	45
6.2 Criterio de Exclusión.....	45
7. Aspectos Éticos de la Investigación.....	45
7.1 Consentimiento Informado.....	45
7.2 Derecho a la Autonomía	45
7.3 Derecho a la Intimidad.....	45
7.4 Derecho al Anonimato y Confidencialidad	45
7.5 Derecho a la Justicia.....	45
7.6 Beneficencia	45
7.7 Permiso Institucional.....	45
VII.ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	47

IX. RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFIA.....	64
ANEXOS.....	67

RESUMEN

La presente investigación se realizó en el Hospital General de Accidentes IGSS 7-19 CEIBAL, en el servicio de Neurocirugía.

El objetivo del estudio es describir los conocimientos del personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes 7-19 CEIBAL, sobre los cuidados paliativos a pacientes con trauma craneoencefálico severo. Ya que la implementación de los Cuidados Paliativos de enfermería resulta ser interesante y novedoso, este estudio fortalecerá la atención al paciente centrada en el alivio del sufrimiento físico, psíquico y espiritual originado por la enfermedad y otra causa en sí, o la perspectiva de la propia muerte.

Se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado de quince preguntas de respuestas cerradas y abiertas dirigido al personal de enfermería que brinda cuidados a pacientes con trauma craneoencefálico severo utilizando los indicadores de la variable.

El trabajo de campo se llevó a cabo en el servicio de Neurocirugía en el Hospital General de Accidentes CEIBAL, con la participación de seis Enfermeras y veinte Auxiliares de Enfermería los que constituyen el total de la muestra.

Los hallazgos de la investigación permitieron concluir que el personal de enfermería posee los conocimientos básicos para satisfacer necesidades del paciente con trauma craneoencefálico, sin embargo existen altos porcentajes que demuestran que el personal cuenta con poca información acerca de los cuidados paliativos, el desconocimiento encontrado se interpreta como un cuidado ineficaz sin poder satisfacer las necesidades básicas humanas de los pacientes que enfrentan una enfermedad terminal

Por tal razón se hace necesario socializar los hallazgos de la investigación a las autoridades de la institución, para que implementen estrategias que contribuyan al desarrollo profesional acerca de los Cuidados Paliativos

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue realizada durante el mes de Agosto de 2013, con 6 Enfermeras Profesionales y 20 Auxiliares de Enfermería que laboran en el área de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, los cuales brindan cuidados a pacientes con trauma craneoencefálico severo.

La unidad de análisis estuvo conformada por el personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital Roosevelt los cuales brindan cuidados a pacientes con trauma craneoencefálico severo.

La investigación tiene un abordaje cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal, siendo el objetivo: Describir los conocimientos del personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes 7-19 CEIBAL, sobre los cuidados paliativos a pacientes con trauma craneoencefálico severo.

La revisión bibliográfica incluye temas y subtemas sobre conocimientos de Cuidados Paliativos, su objetivo y principios, el alivio del dolor y terapias Farmacológicas y no farmacológicas, tratamiento a pacientes con trauma craneoencefálico severo la clasificación de traumas según la escala de Glasgow, necesidades del ser humano según pirámide de Maslow, Cuidados de enfermería para mantener la permeabilidad de las vías aéreas, Cuidados Higiénicos, Cuidados de Enfermería sobre la Alimentación y Eliminación, Cuidados de la piel.

Se fundamenta el estudio con la teoría de Teoría de Abraham Maslow "Teoría de la Necesidades Humanas."

El instrumento utilizado para la recolección de datos, consistió en un cuestionario estructurado de quince preguntas de respuestas de elección múltiple y abiertas basadas en los indicadores de la variable.

La técnica de recolección de datos consistió en un cuestionario que se le dio a cada participante del área de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, que acepto participar en la investigación.

Los principios éticos aplicados en la investigación fueron: Consentimiento Informado, Autonomía, Intimidad, Anonimato, Confidencialidad, Justicia, Beneficencia, y Permiso Institucional.

Los resultados se presentan en cuadros estadísticos, incluyendo interpretación, análisis, conclusiones y recomendaciones.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

1. Antecedentes del Problema

“El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye un problema de salud pública, debido a su carácter epidémico actual que se atribuye a un gran número de personas que presentan un TCE, posteriormente tienen discapacidades permanentes o llegan a la muerte.

Un TCE es una lesión cerebral causada por una fuerza externa, la cual puede producir una disminución o alteración de la conciencia y, eventualmente un déficit de las habilidades cognoscitivas y/o de las funciones físicas.”¹

“Los traumas craneoencefálicos provocan más muertes e incapacidades que cualquier otro problema neurológico en los individuos menores de 50 años y representan la principal causa de muerte en los adultos y jóvenes. La muerte es un tema difícil de tratar no solo para el paciente sino para la familia tomando en cuenta desde la enfermedad, la muerte, y el duelo, pero en especial estos pacientes deben recibir una atención activa, humana, con ética y moral tratando de menguar la situación profesionalmente y brindarles información real y veraz”².

La Medicina Paliativa busca responder, tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario, a las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y prácticas de los pacientes y sus cuidadores

“La medicina paliativa considera que el proceso de morir es un hecho natural, afirma y promueve la vida y no pretende alargarla innecesariamente ni cortarla específicamente, sino promover su calidad. Los cuidados paliativos consisten en la atención activa, global e integral de las personas y sus familias que padecen una enfermedad avanzada progresiva e incurable, con síntomas múltiples intensos y cambiantes, que provocan gran impacto emocional en el enfermo, la familia o en el entorno afectivo y en el propio equipo, y con pronóstico de vida limitado.”³

En Guatemala los indicadores de morbilidad y mortalidad según informe del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social aportan los siguientes datos:

El Hospital General de Accidentes Ceibal, en el periodo anual que comprende de mayo 2012, a mayo 2013, reporta 7,644 casos de accidentes en general, y 6,618 son traumas craneoencefálicos severos correspondientes al 83% de accidentes, ocupando el primer lugar de las principales causas de ingreso y estadía de dicha unidad.

“Para hablar de Cuidados Paliativos, tenemos que hacer referencia a la palabra latina Hospitium que significaba inicialmente el sentido cálido experimentado por

¹ BRUNER, Lilian Sholtis y Doris Smith Suddarth Enfermería Médico Quirúrgico 7a.Ed.Mexico D.F McGraw-Hill. 1992. p.554.

² ESTRADA Carolina Diagnóstico Situacional del Servicio de Intensivo uno del Hospital General de Accidentes 7-19 Ceibal, 2011 p.7

³.BAYES, Ramón Publicado en Med Clin Barcelona. 200. vol.115 p.15

huésped y anfitrión y el lugar físico donde este sentimiento se experimentaba. En Francia en 1842 se usa por primera vez el término hospicio en vinculación con el cuidado a los moribundos.”⁴

“La Medicina Paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas en quienes el pronóstico es limitado y en quienes el principal interés es la calidad de vida, incorporando al paciente y a su familia.

La palabra paliativa deriva del vocablo *pallium*, que en latín significa manta o cubierta, que traducido a la práctica de enfermería se entiende como el apoyo de tratamiento médico, psicológico y espiritual que se espera aportar a estos pacientes.”⁵

Es por ello que enfermería debe ir a la vanguardia de la tecnología e ir innovando nuevos cuidados que ya se han venido brindando pero de una manera general, en cuanto a esta disciplina su enfoque debe ser brindar cuidados especializados a través de un grupo multidisciplinario en salud, el cual debe poseer mucho conocimiento científico pero en especial contar con empatía y humanismo hacia los pacientes, familia y todo el entorno.

“El enfoque moderno de cuidados paliativos tuvo su origen en los años sesenta con los trabajos de la Pionera Enfermera Dame Cicely Saunders y el movimiento de “hospicios” en el Reino Unido; ideas que fueron desarrolladas posteriormente en varios países. Si bien el tratamiento paliativo de síntomas ha existido desde la antigüedad; los Cuidados Paliativos multidisciplinarios estructurados y organizados tal y como hoy se conciben comenzaron a expandirse después de 1970 en Inglaterra (Hospice), Canadá 1976, Italia, EEUU 1980, Colombia, México, Cuba, Chile (1987-1990) alcanzando su madurez y desarrollo en la década de los noventa. El 8 de octubre de 2005 se celebra en la Habana Cuba con varias actividades el día Mundial de los Hospicios y cuidados Paliativos.”⁶

Todo paciente tiene derecho a ser bien atendido con cuidados bien organizados y de calidad más aún si éste se encuentra en la última fase de la vida o que por causa de un accidente o situación especial esté privado de sus facultades.

⁴. DUGAS. Tratado de E enfermería práctica. Enfermedades terminales 3ª. Ed. 2005.p.725, 732.

⁵. PATRIC.Wilyer Barbara J. et al. Proceso de enfermería y diagnósticos 3era. Ed.España.2004.p.554.

⁶. DEL RIO, Ignacia y Palma, Alejandra. Conocimientos sobre cuidados paliativos. Estudio descriptivo Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile 2007.p.15

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y Promueve el programa, una vez transcurrida década y media se incorpora oficialmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus programas Asistenciales.”⁷

Es de suma importancia que las organizaciones mundiales promuevan este tipo de programas ya que le dan importancia al tema y viéndolo novedoso para brindar cuidados a nivel mundial y de una misma línea.

Dentro de los estudios realizados se puede mencionar los siguientes:

“TUYUC CHACACH, Luis Francisco, realizó un estudio de tipo descriptivo con abordaje cuantitativo sobre “Significado de cuidar para el cuidador principal de la persona que vive con Trauma Craneoencefálico Hospitalizada y los Factores que intervienen para que el cuidador participe en el cuidado.” En la Unidad de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Octubre del 2005, concluyendo que:

Para los cuidadores principales de personas con Trauma Craneoencefálico Hospitalizados en la unidad de Neurocirugía del Hospital General de Accidente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuidar significa estar pendiente de su paciente considerando que el cuidado es una necesidad básica para sobrevivir, además expresan que el cuidado en parte inherente del ser humano, todas las personas por su propia naturaleza tienden la tendencia a cuidar.”⁸

“En el PROGRAMA IVS, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se realizó estadística de 2 años 2003, 2004, sobre frecuencias de enfermedades invalidantes del programa de IVS del IGSS, concluyendo que: El 83 % de las lesiones traumáticas se encuentran entre las edades de 21-50 años. Se encontró 551 casos declarados inválidos por Traumas craneoencefálicos y reciben cuidados especializados en diferentes unidades.”⁹

“GARCIA VÁSQUEZ Josefa T. Del departamento de Licenciatura en Enfermería. Instituto Superior de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". Realizó un estudio de tipo descriptivo sobre “La incidencia de traumas craneoencefálicos severos” La Habana, Cuba. Julio a Diciembre 2009, enero 2010 a Julio 2010, concluyó que.”¹⁰

⁷ <http://www.who.int/>. Organización Mundial de la Salud. Consultado 8 de julio 2012

⁸ TUYUC CHACACH, Luis Francisco, “Significado de cuidar para el cuidador principal de la persona que vive con Trauma Craneoencefálico Hospitalizada y los Factores que intervienen para que el cuidador participe en el cuidado.” año 2005, p.62 Tesis Licenciatura en Enfermería, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras, Guatemala.

⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Memoria anual 2005, Informática y vigilancia epidemiológica. p.18

¹⁰ <http://www.buenastareas.com/ensayos/Proceso-Del-Cuidado-Enfermero-Pce.4/1/2013>

La incidencia de TCE que en ambos períodos de estudio, osciló entre el 8,3 % y el 10,3 %. La mayoría de los pacientes necesitaron ventilación mecánica, tanto en el 1er. como en el 2do. período de estudio (60 %); En ambos períodos predominó el sexo masculino como el más afectado y existieron diferencias en los grupos de edades. El 85 % egresó vivo. Las causas variaron en ambos períodos, en el 1ro. Predominaron las caídas de alturas (70 %) y el 2do., los accidentes del tránsito (59,6 %). Se brindaron cuidados de enfermería de alta calidad y eficacia lo que contribuyó a disminuir la mortalidad.

“SAGASTUME ALVAREZ, Gloria Julieta realizó un estudio de tipo descriptivo sobre “Conocimientos del personal de enfermería relacionados con cuidados paliativos a niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrico del Hospital Roosevelt en agosto 2011 concluyendo que:

El 73% del personal de enfermería posee los conocimientos para satisfacer necesidades básicas y el 27% posee conocimiento limitado para brindar dichos cuidados básicos, sin embargo presentan un alto porcentaje de desconocimiento en relación a los cuidados paliativos, metas y objetivos indispensables para maximizar la calidad de vida y proporcionar alivio y confort.”¹¹

“DEL RIO, ROBERTO, Realizó un estudio de tipo descriptivo sobre “Enfermeras de Cuidado Crítico” en el Hospital para niños en Chile, en septiembre 2011 concluyendo que:

El 100% de los profesionales se deben fundamentar de los principios generales de los cuidados paliativos para poder brindar atención de calidad.”¹²

Como se puede observar es importante preservar el bienestar y la calidad de vida en el paciente con diagnóstico de Trauma de Craneoencefálico, se debe establecer el plan terapéutico, continuando durante la etapa en que se busca supervivencia con calidad, y finalmente, en la etapa terminal de la vida, además de preservar el bienestar y la calidad de vida de sus familiares, mediante una atención personalizada, interdisciplinaria, integral y continua, que considere los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, innovando así los cuidados de Enfermería, es por ello que se realizó el presente estudio.

¹¹ SAGASTUME ALVAREZ, Gloria Julieta Cuidados Paliativos en la Pediatría del Hospital Roosevelt. Año 2011. p129, Tesis (Licenciada en enfermería). Licenciatura en Enfermería, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras, Guatemala.

¹² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) citado por Del Rio Ignacia y Palma Alejandra. Cuidados Paliativos historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile Vol. 32 2007.

2. Definición del Problema

La sociedad exalta la salud, la vida y la juventud, y la muerte es un tema que suele evitarse. Por lo que los conocimientos que el personal de enfermería posea acerca de los cuidados paliativos serán la base para poder brindar y maximizar la calidad de vida del paciente, con una buena comunicación con él y la familia durante los últimos momentos de vida del ser querido y durante el duelo hasta lograr un cuidado integral y de calidad. Situación se procedió a investigar los conocimientos que poseen sobre los Cuidados Paliativos a pacientes con Trauma Craneoencefálico Severo.

“La necesidad de la implementación de Cuidados Paliativos no deja lugar a duda que el personal de enfermería poseerá desconocimiento que, la rutina, la carga de trabajo, el agotamiento físico y mental hace que el personal se comporte de una manera aislada sin solidaridad, respeto, empatía o compasión incluso demostrando miedo por lo que le pasará al paciente o puede ser que se desborde y no pueda controlar emociones, es por eso que es de vital importancia los conocimientos y las prácticas paliativas que deben realizarse en estos casos.”¹³

El personal de enfermería, debe poseer conocimientos científicos que fundamenten las intervenciones de enfermería que se brindan a los pacientes del servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes. “Una de las funciones básicas de la enfermería es la preservación de la vida, el alivio del dolor y el restablecimiento de la salud, es a través de los cuidados paliativos que se logra proporcionar comodidad, aliviar el dolor, brindar soporte emocional y espiritual ante la llegada de la muerte”¹⁴.

¹³ VEGA, Prieto, Temas de gerontología y Atención al paciente terminal. 3era. Ed. 1996. P.141-155.

¹⁴ POTTER, Patricia y Griffin, Anne. Fundamentos de Enfermería, Teoría y Práctica 3a ed. Editorial Hancourt. Madrid España, 1996.p.1267

3. Delimitación del problema

Ámbito Geográfico: Mixco, Municipio de Guatemala

Ámbito Institucional: Hospital General de Accidentes "CEIBAL" del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Ámbito Personal: Personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes.

Ámbito Temporal: Agosto del año 2013

4. Planteamiento del problema

¿Cuáles son los conocimientos que posee el personal de enfermería acerca de los cuidados paliativos a pacientes con trauma craneoencefálico severo del servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal durante el mes de agosto del 2013?

III JUSTIFICACION

El cuidado brindado debe considerar todas las dimensiones del paciente y la familia, utilizando evaluaciones de tipo integral para identificar y aliviar el sufrimiento a través de la prevención o el tratamiento de distrés físico, psicológico, social y espiritual logrando así que sean cuidados novedosos para la población y reconocidos como tal ya que el personal de enfermería debe poseer estos conocimientos para poder ejecutar una buena labor e ir a la vanguardia de la tecnología. Este estudio es importante porque según los resultados que se obtuvieron fortalecerán los conocimientos basándose en evidencias, los cuidados que se les brindan a pacientes con Trauma Craneoencefálico deben ser especializados, íntegros y con una base científica que respalde las acciones de enfermería con un alto sentido de humanización, ética y respeto, tomando en cuenta al paciente y su familia. Cuidados que serán brindados por un equipo de trabajo integrado por distintos profesionales y en algunos contextos un miembro de la religión que profesa el paciente. Este equipo trabajará de forma interdisciplinaria, las evaluaciones, indicaciones, planes y tratamiento, tienen que realizarse para cada caso particular, considerando las necesidades de cada paciente y su familia innovando así los cuidados paliativos

La implementación de estos cuidados de enfermería fortalecerá la atención al paciente centrada en el alivio del sufrimiento físico, psíquico y espiritual originado por la enfermedad en sí, el tratamiento de la enfermedad o la perspectiva de la propia muerte.

La buena comunicación, tanto con el paciente y sus familiares, como con todo el personal de enfermería involucrado en el cuidado de los mismos es indispensable para una práctica clínica eficaz y de gran magnitud, aumentando el conocimiento de los profesionales. Esta comunicación deberá estar sustentada en ciertos conocimientos, habilidades y actitudes de la persona que realiza la relación de ayuda, ya que es importante entregar al paciente y familia la información que ellos necesitan conocer, de una forma pertinente a su nivel de desarrollo emocional, cognitivo, cultural y social, además de poseer habilidades de comunicación efectiva con el equipo tratante con el fin de facilitar la ejecución de un cuidado paliativo teniendo presente el respeto hacia el ser humano ya que cuenta con derechos fundamentales.

"Preservar el bienestar subjetivo y la calidad de vida en el paciente diagnosticado en etapa avanzada, cuando se establece el plan terapéutico, continuando durante la etapa en que se busca supervivencia con calidad, y, finalmente, en la etapa terminal de la vida, mediante una atención personalizada, interdisciplinaria, integral y continua, que considere los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, con la menor afectación para el equipo de salud"¹⁵

¹⁵. SAUNDERS, C. Foreword. et al. Oxfordtextbook of Palliative Medicine. 3ra. Ed.. New York. USA.2004.p.256

Las características de la vida moderna, la falta de formación en el manejo sintomático e interdisciplinario de los pacientes con enfermedades graves en estadios avanzados, son elementos que explican el reconocimiento creciente de la necesidad de incorporar los Cuidados Paliativos para que el estudio sea trascendente.

“La teoría en que se fundamentó el presente estudio de cuidados Paliativos es la Teoría de Abraham Maslow, que habla sobre la Jerarquía de necesidades humanas y básicas”¹⁶

Fue factible porque se pudo contar con el apoyo de autoridades de la institución que hizo posible la realización de este estudio, es novedoso ya que no existen estudios de enfermería anteriores acerca de este tema en el Hospital General de accidentes 7-19 Ceibal, aunque si existen de otros temas relacionados a pacientes con Trauma de Cráneo.

¹⁶MASLOW. Abraham. Jerarquía de las Necesidades de Maslow. 1943.p.95

IV. OBJETIVO

Describir los conocimientos del personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes 7-19 Ceibal sobre los cuidados Paliativos a pacientes con Trauma Craneoencefálico Severo.

V. REVISION TEORICA Y DE REFERENCIA

1. Conocimiento.

“El conocimiento en ciencias, es común asumir la existencia de un continuo progresivamente complejo, integrado por los datos, la información, el conocimiento y la sabiduría. Así, se define al conocimiento como el conjunto organizado de datos e información que permiten resolver un determinado problema o tomar una decisión (conocimiento "accionable")”¹⁷.

Por lo que se puede decir que lo conocimientos son hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, y es la comprensión teórica o práctica que el personal de enfermería debe poseer acerca de los cuidados paliativos que permiten desempeñar de una mejor manera sus labores.

1.1 Tipo de conocimientos:

Existen varios tipos de conocimientos que guían y fundamentan el actuar de enfermería los cuales se mencionan a continuación.

1.1.1 Conocimiento Común

“Es el que se adquiere de manera cotidiana sin una planeación y sin la utilización de instrumentos especiales diseñados”¹⁸

Este se da de manera espontánea día con día y en cualquier momento ya que a lo largo de la vida no se deja de aprender algo nuevo.

1.1.2 Conocimiento Tácito

“El conocimiento tácito está almacenado solamente en neuronas, en el cerebro de las personas. Se aplica a menudo de manera inconsciente o intuitiva, como sucede por ejemplo con “el expertise” de un experto, y es difícil de sistematizar.”¹⁹

1.1.3 Conocimiento Explicito.

“El conocimiento explícito ha sido sistematizado y registrado en algún medio de almacenamiento más permanente.”²⁰

La forma más común de conocimiento explícito son manuales, documentos y procedimientos. El conocimiento también puede ser audiovisual o multimedia, obras de arte y diseño de productos pueden ser vistos como otras formas de conocimiento explícito. Otras formas de conocimiento explícito son aquellas donde se externalicen habilidades humanas, motivaciones y conocimientos.

¹⁷POLIT, Dense F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 5ª. Ed. Editorial Mac-Graw-Hill. Mexico.1997,p.8

¹⁸ Ibid,p.8

¹⁹BURNS, Nancy. GROVE, Susan K. Investigación en enfermería. 3a. ed. Editorial El Sevier, Génova. Madrid España 2004. p. 15 - 17

²⁰BERGUA Juan. Los conocimientos. 1959. Madrid. Ed. p.324

1.2.6 Experiencia Personal:

“Se trata de la obtención de conocimiento por el hecho de estar personalmente involucrado en un acontecimiento, una situación o una circunstancia”³⁰

En enfermería la experiencia personal en cuidados Paliativos trata de la adquisición del discernimiento personal implicado en un evento que permite incrementar los conocimientos y realizar sus labores con el menor margen de error.

2. Enfermería:

“Enfermería es considerada como una profesión que ayuda a las personas a recobrar el bienestar completo biopsicosocial, mejorando su calidad de vida y cuidando de ésta.

La primera Teoría de enfermería se remonta al tiempo de la precursora de la enfermera, Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos, cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.”³¹

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. “Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro “ Notas de Enfermería ” de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intentó definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud no solo desde el punto de vista salud si no se centró en un todo, brindando atención desde el nacimiento hasta los últimos días de la vida, es por ello la importancia de los conocimientos de cuidados paliativos de enfermería para seguir innovando el cuidado desde otra perspectiva.”³²

2.1. Enfermería para Hospital General de Accidentes:

“La misión dice literalmente, somos un equipo de profesionales y técnicos en enfermería comprometidos en ofrecer servicios de salud con calidad y calidez respondiendo a las necesidades y expectativas de los usuarios trabajando de manera coordinada con sentido humanitario, conocimientos científicos y procesos educativos y orientan y permiten cambios”³³

“Es el servicio directo a la persona o grupos de personas, ofrece un servicio de cuidado integral a través de la satisfacción de necesidades con el fin de ayudar a restablecer el estado de equilibrio de sus pacientes mediante la mejor disposición para el restablecimiento y mantenimiento de la salud”³⁴

³⁰ POLIT, Dense F. investigación científica en Ciencias de la Salud 5ta Ed.1997.p.8

³¹ TOMEY, Marriner. Modelos y Teorías en Enfermería. España 3ª Ed. 1994. p.10

³² Ibid. p.10

³³ HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES CEIBAL, departamento de educación Guatemala, 2010 .

³⁴ MOJICA, Cecilia. Trabajo en equipo y su aplicación en situaciones de enfermería. 2ª.Ed. Universidad Javeriana,1970 p.19

"Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería."³⁵

Es por ello que es de suma importancia que enfermería forme parte de esta disciplina para lograr un cuidado global y que cada día enfermería sea reconocida como un pilar importante en los cuidados paliativos a la vanguardia de la tecnología y que pueda lograr fundar hospitales especializados en toda clase de cuidados.

2.2 Niveles del personal de enfermería.

En los servicios de salud existen dos niveles de enfermería los cuales son los siguientes:

2.2.1 Enfermera.

La enfermera, es una persona que, ha sido formada en todos los ámbitos de las ciencias de la salud, y que se caracteriza por tener conocimientos de Anatomía, Fisiología, Patología, Epidemiología, Semiología, procesos de Atención de Enfermería, Docencia, Administración, Gerencia y otras áreas. La enfermera jefe cumple funciones sociales; es capaz de investigar, interpretar y proponer soluciones a los problemas de salud e interactuar en su comunidad en forma participativa. La vocación de servicio, la sensibilidad humana y social, la capacidad de interactuar con los seres humanos, en diferentes grupos sociales y de diversas edades, capacidad de tomar decisiones de manera asertiva, y afinidad por las ciencias de la salud son los rasgos que caracterizan a la enfermera. Además debe ser una persona estable, sensata, respetuosa, lógica, asertiva, estudiosa y laboriosa.³⁶ Un enfermero puede ejercer diferentes funciones y abarca de forma independiente diferentes campos como la Asistencia, la Administración, Investigación, Docencia, y Labor Social, entre otros. El profesional de enfermería tiene una visión reformadora, tendiente a cambiar de forma preventiva los aspectos y contornos de la sociedad, transformándola y convirtiéndola en una sociedad sana en todos los ámbitos. La enfermera cumple con el cuidado médico delegado con bases científicas y principios morales y éticos para poder brindar un cuidado paliativo de calidad, no así para el personal de enfermería."³⁷

2.2.2 Auxiliar de enfermería.

"La figura del Auxiliar de Enfermería, aunque con diferentes funciones. Este grupo lo constituyen aquellos trabajadores que han recibido una formación básica en Enfermería, los cuales realizan tareas como curaciones o limpiezas bajo la supervisión de un jefe."³⁸ Muchas de las variadas obligaciones del personal

³⁵POLIT, Dense F. investigación científica en Ciencias de la Salud 5ta Ed.1997.p.16

³⁶POLIT, Dense F. investigación científica en Ciencias de la Salud 5ta Ed.1997.p.15

³⁷ <http://www.archive.org/stream/notesnursingwhat00nigh#page/n5/mode/2up>.consultado14/7/2012

³⁸ ESCUELA NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE GUATEMALA, Trifoliar, perfil del auxiliar de enfermería,año 2007 p.5

auxiliar de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la presión arterial al manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos, pero siempre bajo la supervisión de la enfermera. Además, el personal de enfermería en general debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como de proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos. "Son las actividades que desempeñan a partir de las instrucciones de otros profesionales, particularmente, de la enfermera o enfermero.

3. EL CUIDADO.

"Comprende los comportamientos y actitudes demostradas en las acciones, para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir o morir, cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por él."³⁹

"Cuidado significa ayudar a las personas que por diferentes motivos o causas están imposibilitados de satisfacer las necesidades básicas cotidianas debido a limitaciones físicas y/o mentales y que por lo tanto necesitan de otras personas para mejorar la calidad de vida propia y la de la familia"⁴⁰

"ARGUETA, Ana María describe el cuidado como provisión de condiciones óptimas para los procesos reparadores, ayudar a los enfermos y sanos a satisfacer sus necesidades fomentando la interacción armónica entre el ambiente y la persona, prestar servicio que fomente la capacidad de influir positivamente en la persona"⁴¹

"El cuidado es una forma de relación e interconexión, de manera que alguien se interesa por alguien, el cuidado es una forma fundamental de ser y es esta forma de ser la que permite a los humanos vivir, porque cada uno se encuentra en un mundo diferente; los deseos, las preferencias, los peligros, lo importante lo no importante. Nuestra habilidad para mirar con agudeza de percepción se relaciona con lo que cuidamos o tiene importancia con nuestro propio mundo"⁴²

El cuidado se puede describir como un don que la enfermera debe poseer con un gran sentido de vocación para que los cuidados que brinde sean precisos, con fundamentación científica, respeto, empatía y amor, así brindar cuidados especializados.

3.1 Cuidado como Rasgo Humano

"El cuidado es parte de la naturaleza humana, como común e inherente a la raza humana, como característica universal el cuidado es generalmente percibido como

³⁹<http://www.Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. .aibarra.org/> Abril p. 15, 16,17 consultado 6/1/2013.

⁴⁰ TUYUC CHACACH, Luis Francisco, "Significado de cuidar para el cuidador principal de la persona que vive con Trauma Craneoencefálico Hospitalizada y los Factores que intervienen para que el cuidador participe en el cuidado." año 2005, p.15 Tesis (Licenciado en Enfermería) Licenciatura en Enfermería, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras, Guatemala

⁴¹ ARGUETA, Ana María Proceso de Enfermería Paso a Paso Guatemala .2001.p.18

⁴² GRUPO DE CUIDADO FACULTAD DE ENFERMERIA .El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia,2002, p.207

una singularidad básica, constante que hace parte del fundamento de la sociedad Humana.”⁴³

3.1.1 Cuidado como Afecto

“Cuidar es un afecto, los teóricos describen el cuidar como una emoción, como un sentimiento de compasión o empatía para el paciente el cual motiva a brindar cuidado a la persona. El sentimiento de afecto debe estar presente en la enfermera cuidadora, aunque las condiciones del paciente mejoren o éste muera pacíficamente, la enfermera se beneficia de cuidar al paciente y en forma alternativa, ella puede experimentar la carga emocional que surge como resultado del cuidado.”⁴⁴

El afecto es un pilar importante para brindar cuidados Paliativos ya que se necesita de buenos sentimientos, empatía y amor al paciente, es necesario utilizar la observación para poder identificar qué es lo que necesita el paciente, muchos no pueden comunicarse ni expresar sus necesidades debido a las secuelas de los traumas Craneoencefálicos severos.

3.1.2 Cuidado como Intervención Terapéutica.

“Los teóricos que ven el cuidado como una intervención terapéutica, están centrados en la persona, es así como el paciente debe demostrar necesidades que la enfermera pueda satisfacer y generalmente la enfermera acude y la persona mejora independientemente del sentimiento de la enfermera.

Las metas de la persona son un punto de alcance y el cuidado de enfermería se centra en el logro de esas metas.

El cuidado es concebido desde el punto de vista de la naturaleza humana, de los diferentes géneros y grupos sociales del universo, por lo consiguiente, constituye parte fundamental de la sociedad humana. Las personas que practican el cuidado a otras personas necesitadas satisfacen las necesidades básicas cotidianas desde el punto de vista integral. Las personas que viven con Trauma Craneoencefálico requieren los servicios de otras personas que les apoyen en la satisfacción de las necesidades básicas través del cuidado personal y familiar”⁴⁵

⁴³ PARDO TORRES, Miriam Patricia. Familia y Cuidado. Dimensiones del cuidado. Bogotá Colombia. Unibiblos. 1998.p.128.

⁴⁴ TUYUC CHACACH, Luis Francisco, “Significado de cuidar para el cuidador principal de la persona que vive con Trauma Craneoencefálico Hospitalizada y los Factores que intervienen para que el cuidador participe en el cuidado.” año 2005.p.16 Tesis /Licenciado en Enfermería) Licenciatura en Enfermería, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras, Guatemala

⁴⁵ TUYUC CHACACH, Luis Francisco, “Significado de cuidar para el cuidador principal de la persona que vive con Trauma Craneoencefálico Hospitalizada y los Factores que intervienen para que el cuidador participe en el cuidado.” año 2005.p.19 Tesis /Licenciado en Enfermería) Licenciatura en Enfermería, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras, Guatemala

3.1.3 La Familia como Cuidadora

La familia como la matriz de la sociedad cumple con diversas funciones tales como. Función educativa, social, cultural, económica y de protección. Según PARDO TORRES, Miriam, "Una de las funciones básicas de la familia es la formación y la protección física y emocional de sus miembros".⁴⁶ La familia juega un rol importante en la calidad de vida que se brinda a pacientes graves ya que una parte de cuidados Paliativos se brindan en casa por familiares convirtiéndose ellos en pacientes también en el ámbito psicológico.

3.1.4 Cuidado de enfermería

"Es brindar comodidad y bienestar al paciente ya que el cuidado de enfermería de calidad es requerido por las condiciones de salud de los pacientes de una institución hospitalaria sumados a otros técnicos de la administración del cuidado y la salud, los cuales se requieren conocimientos científicos habilidades y destrezas como también valores éticos como la justicia, respeto, amor e igualdad. Con el fin de garantizar que una persona con problemas reales y potenciales reciba una atención segura, eficiente, y eficaz cuya finalidad sea lograr el máximo bienestar bio-psico-social y espiritual"⁴⁷.

Por lo tanto los cuidados deben ser específicos y oportunos para poder satisfacer las necesidades de los pacientes y su entorno teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Crecer como cuidador
- ✓ Responder al llamado del cuidado del otro
- ✓ Vivir y crecer en el cuidado
- ✓ Desarrollar un cuerpo de conocimientos para Enfermería

Pinto Afandor cita a Collier y define cuidado como el conjunto de actos de vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Collier a su vez lo define como la promoción de la vida, esto plasmado en un artículo de la revista mujer a caminar por nuestra vida.

"Leininger afirmó que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura."⁴⁸ Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura y para identificar.

⁴⁶ PARDO TORRES, Miriam Patricia. Familia y Cuidado. Dimensiones del cuidado. Bogotá Colombia. Unibiblos. 1998.p.130.

⁴⁷ DUGAS, Witter y Beverly. Tratado de Enfermería Prácticas.3ª.ed.Editorial Mac Graw- Hill Interamericana México.1979 p.10.

⁴⁸ <http://www.aibarra.org/> Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Abril p. 15, 16,17 consultado 26/1/2013.

3.2 Cuidados Paliativos:

"La Medicina Paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida, incorporando al paciente y a su familia."⁴⁹

3.2.1 Importancia de los cuidados Paliativos

"La mejora de la atención de estos enfermos en fase avanzada y terminal, que se identifica con los cuidados paliativos, es un elemento cualitativo esencial del sistema de salud, debiéndose garantizar su adecuado desarrollo en cualquier lugar, circunstancia o situación, basándose en los principios de equidad y cobertura de nuestra red sanitaria. Para obtener éxito en la aplicación de estos cuidados hará falta combinar dos tipos de estrategias: en primer lugar, la formación básica en cuidados paliativos de todos los profesionales sanitarios y, en segundo lugar, el desarrollo de programas específicos de cuidados paliativos con profesionales capacitados y posibilidad de intervención en todos los niveles asistenciales."⁵⁰

3.2.2 Objetivo de los cuidados paliativos

El objetivo fundamental es el cambio de actitud del profesional sanitario ante la enfermedad terminal y la muerte, reconociendo los cuidados paliativos como la respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de los pacientes en fase terminal y sus familias.

3.2.3 Principios de cuidados paliativos

"Los Cuidados Paliativos se basan en los principios que a continuación se mencionan:

1. El paciente paliativo es definido como aquel paciente de todas las edades que padece una enfermedad crónica, debilitante o amenazante.
2. El Enfermo y su Familia constituyen la unidad de tratamiento. El plan de tratamiento debe estar construido en base a las metas y preferencias de los pacientes y familiares, los cuales con el apoyo del equipo de salud deberían ser capaces de tomar decisiones informadas.
3. El momento de ingreso del paciente al Programa de Cuidados Paliativos debiera coincidir con el momento en que se realiza el diagnóstico de una enfermedad amenazante y continuar a lo largo de todo el cuidado médico hasta la muerte y después de ella con el apoyo en el duelo.
4. El cuidado brindado debe considerar todas las dimensiones del paciente y la familia, utilizando evaluaciones de tipo integral para identificar y aliviar el

⁴⁹ REYES, M. Nervi, F.: Cuidados Paliativos y control de síntomas en Chile. La experiencia de la clínica familiar. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. Vol. 11, No 11. Santiago de Chile. 2000.p.56.

⁵⁰ SÁNCHEZ DIAZ, I. Educación Médica y Medicina paliativa. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista de estudios Médicos Humanísticos.2006. Vol. 11, p.11.

sufrimiento a través de la prevención o el tratamiento de distress físico, psicológico, social y espiritual.

5. El tratamiento y cuidado del paciente y su familia será desarrollado por un equipo de trabajo integrado por distintos profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales) y en algunos contextos un miembro de la religión que profesa el paciente. Este equipo trabaja de forma interdisciplinaria. Las evaluaciones, indicaciones y planes de tratamiento, tienen que realizarse para cada caso particular, considerando las necesidades de cada paciente y su familia.

6. Atención al paciente centrada en el alivio del sufrimiento físico, psíquico y espiritual originado por la enfermedad en sí, el tratamiento de la enfermedad o la perspectiva de la propia muerte.⁵¹

7. "Buena comunicación, tanto con el paciente y sus familiares, como con todo el personal involucrado en el cuidado de los mismos es indispensable para una práctica clínica eficaz."⁵² Esta comunicación deberá estar sustentada en ciertos conocimientos, habilidades y actitudes de la persona que realiza la relación de ayuda, ya que es importante entregar al paciente y familia la información que ellos necesitan conocer, de una forma pertinente a su nivel de desarrollo emocional, cognitivo, cultural y social, además de poseer habilidades de comunicación efectiva con el equipo tratante con el fin de facilitar la definición de un proyecto terapéutico.

8. "Conocimientos y habilidades de los miembros de los equipos especializados en Cuidados Paliativos en relación a la estimación del pronóstico de vida, el reconocimiento de signos y síntomas que son propios de una muerte inminente y el reconocimiento de las necesidades de apoyo y requerimientos de cuidado del paciente y su familia, antes y después de la muerte.

9. Continuidad garantizada del cuidado del paciente independientemente del ambiente al que se traslade éste: hospital, sala de emergencia, control ambulatorio, hogar de niños, ancianos u otra institución o domicilio.

10. Atención de excelencia y calidad en los servicios otorgados, es imprescindible la realización sistemática y regular de evaluaciones de procesos y resultados con instrumentos validados para ello.⁵³

Teniendo como sustento estos principios, el Programa de Cuidados Paliativos busca responder, tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario, a las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y prácticas de los pacientes y sus cuidadores. El manejo profesional de estos pacientes se fundamenta en los principios generales de los Cuidados Paliativos. Uno de estos principios y que se considera por la bibliografía como esencial es el relacionado con el equipo interdisciplinario. Esta célula de cuidado profesional es la encargada de paliar los efectos de la carencia de una terapia efectiva de curación, el alivio del dolor, la

⁵¹ DUGAS, Tratado de E enfermería práctica. Enfermedades terminales .3ra. Ed. 1996. P. 725-732.

⁵² MARRINER, Ann, Modelos y Teorías de Enfermería. 3ª. Ed. México. Año 1994. P. 181.

⁵³ MARRINER TOMEY, Ann, Martha Modelos y Teorías en Enfermería. 4ª. Ed. España. 199.p.103

preservación de la calidad de vida disminuyendo el sufrimiento de los pacientes y sus cuidadores.

4. Pacientes con Trauma Craneoencefálico.

“El Trauma craneoencefálico es la alteración en la función neurológica u otra evidencia de patología cerebral a causa de una fuerza traumática externa que ocasione un daño físico en el encéfalo. TCE representa un grave problema de salud y es la causa más común de muerte y discapacidad en la gente joven y adulta sin contar las grandes repercusiones económicas relacionadas.

Entre las causas más frecuentes se encuentran. Las de una agresión de tipo mecánica, directa o indirecta. Más común entre los 2 años y 15 años y de 21 a 50 años. En su mayoría provocada por, accidente de tránsito, heridas por proyectil de arma de fuego, caídas, juegos, descuidos entre otros. Mayor incidencia en hombres.”⁵⁴

La muerte generalmente por complicaciones 2 díarias. En la discapacidad influye la edad, funciones cerebrales superiores. Su atención precoz, la valoración, terapias e intervención hacia el paciente y su familia son importantes. Estadísticamente el 83% de morbilidad sufren un T.C.E. en el Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, solo un 30% mejoran en la fase de recuperación.

“Los traumas se deben a heridas penetrantes en el cráneo o a la aceleración o desaceleración rápida del cerebro, y se representan con signos y síntomas tales como los que lesiona los tejidos en el punto de impacto, en el polo opuesto (contragolpe) y, también, difusamente en el interior de los lóbulos frontales y temporales. El tejido nervioso, los vasos sanguíneos y las meninges se desgarran y rompen, lo cual ocasiona la aparición de interrupciones nerviosas, isquemia o hemorragia intracerebral y extracerebral y edema cerebral.

Las fracturas craneales pueden lacerar arterias meníngeas o senos venosos grandes, produciendo un hematoma epidural o subdural. Las fracturas, sobre todo las localizadas en la base del cráneo, pueden así mismo producir una laceración en las meninges, originando la salida de Líquido céfaloraquídeo por la nariz (rinorrea) o el oído (otorrea), o bien la entrada de bacterias o aire en el interior de la cavidad craneal.”⁵⁵

⁵⁴ NEGRIN. VJA. Cuidados intensivos. La Habana: Editorial Pueblo y Educación;1990 .p. 11-18.

⁵⁵ SMLTZER .SC. Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddart. 8va. ed. Jalisco, México. 1998.p.1799-802.

4.1. Tipos de traumas craneoencefálicos.

4.1.1. Contusión:

“No manifiesta signos exteriores de traumatismos. se caracteriza por una pérdida posttraumática temporal de la conciencia. No presentan lesiones orgánicas importantes en el cerebro y tampoco deja secuelas neurológicas graves en el paciente.

4.1.2 Contusión y laceraciones cerebrales:

Estas constituyen lesiones más graves. Dependiendo de su gravedad, con frecuencia se acompañan de heridas superficiales graves y de fracturas localizadas en la base del cráneo o con depresión de fragmentos óseos. Las lesiones más graves pueden producir un acusado edema cerebral, que ocasiona rigidez de descorticación (brazos flexionados y en aducción; extensión de las piernas y, a menudo, del tronco) o rigidez de descerebración (mandíbulas apretadas, retracción del cuello, todas las extremidades en extensión). Una herniación cerebral interna puede producir coma, hemiplejía, pupilas dilatadas y no reactivas (unilateral o bilateral) e irregularidad respiratoria; en estos casos se debe proceder a un tratamiento inmediato. El aumento de la presión intracraneal, particularmente cuando se asocia a compresión o deformación del tronco encefálico, puede provocar aumento de la Presión Arterial, junto con un enlentecimiento del pulso y de la respiración.”⁵⁶

“Los traumatismos craneoencefálicos constituyen en el mundo un problema para la salud, teniendo un alto porcentaje de muertes debido a sus consecuencias. Las causas más comunes que provocan los traumas son accidentes automovilísticos, caídas y violencia interpersonal, aunque pueden existir otras. Los traumas craneoencefálicos provocan más muertes e incapacidades que cualquier otro problema neurológico en los individuos menores de 50 años y representan la principal causa de muerte en los adultos y jóvenes”⁵⁷.

Es por ello que los cuidados paliativos irán innovando los cuidados a pacientes con Trauma craneoencefálico que aunque no sean personas con diagnósticos de enfermedades comunes terminales padecen de secuelas que necesitan cuidados especializados a largo plazo.

⁵⁶ WALDO, Nelson MD .Tratado de Pediatría. Barcelona: Interamericana Española;1998.p.1654..

⁵⁷ ARELLANO, Cuidados Intensivos en Pediatría. La Habana: Editorial Pueblo y Educación;1991. . 2da. Ed. P155.

4.1.3 Clasificación de traumas Craneoencefálicos según Escala de coma de Glasgow.

Una manera rápida de clasificar a los pacientes con trauma craneoencefálico es según la Escala de Coma de Glasgow, en trauma leve, moderado y severo:

- Leve para los pacientes que se encuentren entre 15 y 13 en la escala.
- Moderado para los pacientes que se encuentren entre 9 y 12.
- Severo para los pacientes que tengan una clasificación en la escala de Glasgow de 8 o menor.

<i>Paciente con los ojos abiertos</i>	
Nunca	1
Abre ante un estímulo doloroso	2
Abre tras un estímulo verbal	3
Espontáneamente	4
<u><i>La mejor respuesta verbal conseguida en el paciente</i></u>	
No responde	1
Emitte sonidos incomprensibles	2
Palabras inapropiadas	3
Conversa, pero está desorientado	4
Conversa y está orientado	5
<u><i>La mejor respuesta motora en el paciente</i></u>	
No responde	1
Extensión (rigidez de descerebración)	2
Flexión anormal (rigidez de descorticación)	3
Flexión de retirada	4
Localiza dolor	5
Obedece órdenes	6
Total	3-15

“Se consideró que un paciente era neuroquirúrgico si precisaba intervención, monitorización y/o seguimiento por el servicio de neurocirugía (anteriormente a su incorporación debía ser trasladado a un centro terciario). Se clasificaron en neurotraumáticos con enfermedad vascular cerebral, programados (postoperatorio de neoplasia cerebral) y otros.”⁵⁸ Para estratificar el diagnóstico a los pacientes neurotraumáticos se utilizó la puntuación de la Escala de Glasgow en el momento ingreso (TCE grave con un valor < 9, moderado entre 12 y 9, y leve > 12) y los hallazgos de la tomografía computarizada cerebral (clasificación de

⁵⁸ RUÉ M, Roqué et al. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustadas por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención a pacientes en estado crítico. 1997; 5ta ed. p.108, 647,651.

Marshall). Laboratorios de Hematología Química Sanguínea control de electrolitos, orina, heces y gases arteriales. "También se recogieron otros criterios de gravedad, como la necesidad de control de la presión intracraneal (PIC; siguiendo su colocación según los criterios de las guías aceptadas), ventilación mecánica, PIC incontrolable lo antes mencionado va de la mano con los cuidados que enfermería debe brindar a esta clase de pacientes.

4.1.4 Tratamiento para pacientes con Trauma Craneoencefálico severo:

El tratamiento moderno del trauma craneoencefálico está basado en diversas medidas terapéuticas, orientadas a limitar la progresión de estas lesiones secundarias. En tales circunstancias, la enfermera y el médico debe estar atentos hacia las principales complicaciones que ocurren en la fase aguda del trauma, como son:

4.1.4.1 La hipotensión

En los pacientes con trauma craneoencefálico, la presión de perfusión cerebral debe estar por encima de 70 mmHg. Teniendo en cuenta que la presión intracraneana por lo general es mayor de 20 mmHg, la presión arterial media debe permanecer en valores superiores a 90 mmHg.

Los catéteres de presión venosa central o de Swan-Ganz permiten supervisar la volemia del paciente, el cual debe ser mantenido en lo posible en un estado euvolémico. Así mismo, una sonda vesical colocada al ingreso permite cuantificar el volumen de orina eliminado, y elaborar así el balance de líquidos correspondiente. ⁵⁹

4.1.4.2 La hipoxemia

"También debe ser controlada, pues la hipoxia empeora la lesión celular y empeora el edema cerebral por aumento del flujo sanguíneo cerebral. Para controlar dicho parámetro son útiles los gases arteriales y la supervisión continua de la saturación arterial de oxígeno.

4.1.4.3 Temperatura

Por cada grado centígrado que aumenta la temperatura por encima de 38°C, aumenta también la presión intracraneana. Por tanto, dicho parámetro debe recibir un tratamiento especial, y debe controlarse en forma constante.

⁵⁹ RUE M, Roqué et al.. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustadas por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención a pacientes en estado crítico. 1997;5ta ed. p.112,113

4.1.4.4 Cabecera

Aunque la elevación de la cabeza 30° y mantener el cuello en una posición neutra es una estrategia útil en pacientes con TCE, es importante tener precauciones con esta maniobra en sujetos con inestabilidad cervical o shock. Además, los individuos deben estar euvolémicos antes de intentar este procedimiento, pues la elevación de la cabecera en un sujeto hipotenso o hipovolémico puede comprometer el flujo sanguíneo cerebral y empeorar la lesión hipóxico-isquémica.

4.1.4.5 Sedación y analgesia

Muchos pacientes con trauma craneoencefálico están confusos, agitados o con dolor, y es necesario sedarlos y relajarlos, con el fin de evitar la maniobra de Valsalva, que aumenta la presión venosa central y por ende compromete el retorno venoso de la circulación cerebral. En consecuencia, aumenta el contenido sanguíneo dentro de la bóveda craneana y empeora la hipertensión endocraneana. En tales casos, los medicamentos de elección son los opiáceos y benzodiacepinas, aunque también son útiles algunos neurolépticos como haloperidol y anestésicos endovenosos como propofol. En cuanto a los relajantes musculares, los más utilizados incluyen vecuronio y pancuronio.⁶⁰

4.4.1.6 Anticonvulsivantes

El uso profiláctico de fenitoína, carbamacepina o fenobarbital no está recomendado para prevenir la epilepsia postraumática. Sin embargo, algunos expertos la utilizan para evitar las convulsiones tempranas, sin que esto haya demostrado una mejoría significativa del pronóstico a largo plazo. Brindar apoyo psicológico a pacientes y familiares: se considera como un factor de atención primaria, le corresponde en gran medida al personal de enfermería dar aliento a su paciente, explicarle en qué consiste la enfermedad y explicarle sobre los procedimientos a que será sometido. Se debe evitar comentarios adversos sobre su estado de salud; en su preferencia mostrar ecuanimidad y preocupación en su trabajo, no dejarle solo en los momentos críticos, no importunar su sueño cuando no es imprescindible y permitirle siempre que sea posible practicar algunos de sus entretenimientos.

4.5 Medidas de Prevención:

Lo aconsejable para prevenir esta clase de accidentes es tomar en cuenta las siguientes Medidas de Precaución:

- Fomentar valores morales desde el seno del hogar para evitar la delincuencia.

⁶⁰ RUE M, Roqué et al.. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustadas por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención a pacientes en estado crítico. 1997; 5ta ed. p.108:647-51.

- Un control estricto y responsable en el uso de armas de Fuego.
- Realizar labores con las respectivas medidas de seguridad.
- “Educación Vial. (Uso de cinturón de seguridad, respetar las leyes de tránsito, evitar manejar bajo efecto de sustancias adictivas)”⁶¹
- Concientizar a las personas que conducen motocicleta que utilicen casco de seguridad y manejen con responsabilidad.

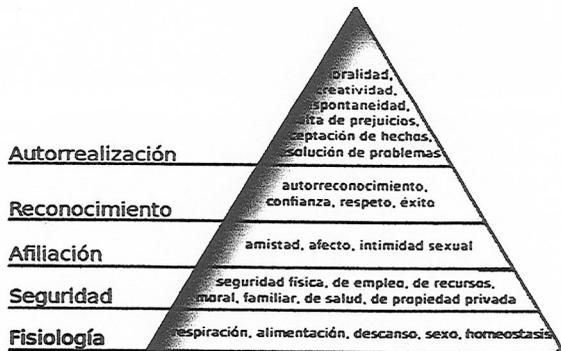
5. Teoría de Abraham Maslow “Teoría de la Necesidades Humanas:”

“La pirámide de Maslow, o jerarquía de las necesidades humanas, es una teoría propuesta por Abraham Maslow en su obra: Una teoría sobre la motivación humana en 1943, que posteriormente amplió. Maslow formula en su teoría una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados.

5.1 Necesidades básicas:

Son necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis (referentes a la supervivencia):

- ✓ Necesidad de respirar, beber agua (hidratarse), y alimentarse.
- ✓ Necesidad de dormir (descansar) y eliminar los desechos corporales.
- ✓ Necesidad de evitar el dolor y tener relaciones sexuales.
- ✓ Necesidad de mantener la temperatura corporal, en un ambiente cálido con vestimenta.”⁶²



⁶¹ TUYUC CHACACH, Luis Francisco, "Significado de cuidar para el cuidador principal de la persona que vive con Trauma Craneoencefálico Hospitalizada y los Factores que intervienen para que el cuidador participe en el cuidado." año 2005, p.13 Tesis (Licenciado en Enfermería) Licenciatura en Enfermería, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras, Guatemala

⁶² ANTONIO Garst T. Cuidados Intensivos, cap. 8 p. 483-515.

5.1.1 Alivio del Dolor

“Aliviar el dolor: es de vital importancia al permitir las inspiraciones profundas y la tos lo que evita el cierre de las vías aéreas, el drenaje inadecuado de las secreciones del árbol bronquial, atelectasias y como consecuencias la aparición de insuficiencias respiratorias.”⁶³

Las personas esperan en última instancia que aunque el profesional de salud no cure al menos alivie su dolor. Pero el dolor que se experimenta por cáncer, sida, o el dolor crónico; abarca una serie de componentes que van más allá de lo que pueda hacer enfermería dentro de su profesión. No se experimenta un solo dolor, no se refiere solo al malestar físico como tal, por lo que la atención del mismo, debe ser abordada de una forma integral.

“Según la Organización Mundial de la Salud, (1994), el dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos. Quien lo padece siempre espera que sea curada o al menos aliviada.”⁶⁴

“El dolor es también una experiencia subjetiva, depende de lo que el enfermo desee y pueda expresar, por lo que es importante tomar en cuenta los aspectos psicológicos que le permitan a la persona comunicar su vivencia. Además tiene que ver con el estado físico del cuerpo, combinado con una serie de factores consecuentes al malestar como los son la depresión, angustia, ira, frustración, sufrimiento, molestia, incomodidad, cualidades también desagradables para la persona.

“Se puede definir como un sufrimiento o padecimiento físico causado por alguna afección en el organismo. Puede ser severo, leve o moderado, dependiendo de varios factores. Afecta significativamente la calidad de vida del paciente, su conducta, su estado emocional y su condición física. Los pacientes en etapas terminales, pacientes con cáncer o dolor crónico por trauma de cráneo, merecen ser tratados con respeto y amor. Sus últimas etapas las deben vivir a plenitud pero sobretodo muy dignamente.

Es por esta razón que surgen los cuidados paliativos, como la esperanza para muchos que sufren dolor y que necesitan exhaustivamente el control del mismo.

El cuidado paliativo, implica comprender que la persona afectada por dolor crónico o terminal realmente sufre y necesita ser aliviada. El tratamiento que se brinde debe ser competente para el control del dolor físico, pero así mismo debe brindarse tratamiento social, psicológico y espiritual.

El dolor no solo limita la capacidad física del individuo; la sensación de impotencia y muchas veces de frustración, reflejadas en la actividad física, emocional y espiritual disminuida, revelan la influencia directa en la pérdida de calidad de vida y de la autoestima de los pacientes.”⁶⁵

⁶³ BRUNNER y SUDDARTH. Enfermería Médico Quirúrgica. 8ª. Ed. Mc.Graw-Hill. Interamericana. Editores S.A. México. 1998.p.210

⁶⁴ DUSELL V. Valoración de síntomas en pacientes pediátricos. Cuidados Paliativos, Guías para el manejo clínico. OPS 2004; p. 103-111.

⁶⁵ DU GAS B. W. Tratado de Enfermería Práctica. 4ª. Ed. Evitación del Dolor. Editorial Interamericana S. A. México 1988 .p.453, 472.

El cuidado del paciente que sufre este tipo de dolor, debe ser de una forma integral, atendiendo toda la connotación del dolor; tomando en cuenta al paciente como parte de una unidad especial que es su familia, su contexto social y muy por encima de toda su interioridad: sentimientos, pensamientos y espiritualidad.

“No por ser paliativa, esta medicina es menos importante que la convencional, muy por el contrario, requiere de conocimiento, experiencia, capacitación, pero además de actitudes humanas que permitan comprender el dolor en su máxima expresión.

El cuidado paliativo debe llevarse a cabo por un equipo interdisciplinario, para que la acción sea más efectiva y buscando siempre el mayor beneficio para las personas con las cuales se trabaja, deben preocuparse por la causa del dolor, aliviarlo y pallearlo con medicamentos especiales, apoyo psicológico, social y espiritual

En cuanto al servicio de salud, se identifica que dentro de los equipos laboran Médicos Generales, Enfermeras, Anestesiólogos, Algólogos (especialista en el dolor), hematólogos. Lo importante es que al menos exista el equipo básico para la atención del dolor.

La atención espiritual, debe verse tan importante como la médica y social. Se le debe dar la oportunidad a cada enfermo terminal y moribundo de encontrarse con su espiritualidad, en la etapa final de su vida. La intervención espiritual ocupa un lugar muy importante en el trato de los enfermos, incluso la misma iglesia, juega un papel fundamental en el desempeño de la clínica en cuanto a recursos económicos se refiere. Aún así, sin importar el credo religioso, es imprescindible que exista un profesional al respecto, que se incorporen de ser posible, pastores, predicadores y sacerdotes en general.”⁶⁶

El dolor es un hecho real, cada paciente con dolor necesita mucho, cualquier cosa que se haga para mitigarlo se agradece. Cada paso que se da tiene un impacto en la vida de los que sufren dolor; cuando son aliviados se sienten como personas dignas, como ese ser humano trascendente que necesita vivir y morir tal como él lo desea, paliar el dolor es un hecho totalmente humano y la gratificación no la paga ninguna moneda.

Esta labor permite no solo la formación y desarrollo profesional, sino que se convierte en una escuela de preparación para la propia muerte, se aprende a valorar la vida y a vivir plenamente como si fuera el último día.

Un abrazo, un beso, un gracias, ante una situación de dolor total, realiza la identidad personal y profesional de quien los recibe.

Aunque exista la imposibilidad de no poder hacer más para evitar la muerte, la satisfacción es plena siempre y cuando se haya realizado el intento de aliviar y

⁶⁶ CALVO Patricia et al. (1998). Propuesta para la ampliación del servicio de atención médica extrahospitalaria de la clínica del control del dolor y cuidados paliativos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Universidad de Costa Rica, Seminario de Graduación en Administración de Negocios, San José, Costa Rica.

proporcionar la muerte con dignidad. La realización humana que se puede desprender de colaborar en una obra de amor, entrega, dedicación, esfuerzo, profesión y vocación, no se puede comparar con ningún otro hecho real de la vida.

5.1.2 Escalera analgésica farmacológica de la OMS

“La Organización Mundial de la Salud diseñó en 1987 un plan terapéutico sencillo para el tratamiento analgésico del dolor crónico. Se trata de una escalera analgésica que consta de tres peldaños correspondientes a tres categorías de analgésicos:

Analgésicos periféricos, también llamados no opioides o analgésicos menores. Los medicamentos incluidos en este grupo son el ácido acetilsalicílico, los salicilatos, el metamizol, el paracetamol y el resto de AINE. Su mecanismo de acción consistiría en inhibir la formación de prostaglandinas.

Analgésicos opioides débiles. Los analgésicos más representativos de este grupo son la codeína, la dihidrocodeína y el tramadol.

Analgésicos opioides potentes. En este grupo se encuentran la morfina y la metadona.”⁶⁷

5.1.3 Terapias no Farmacológicas.

“Las terapias no farmacológicas son otras maneras de aliviar el dolor, aparte de los medicamentos. Las distintas personas reaccionan de forma diferente a este tipo de terapias.

Si no recibe tratamiento para el dolor, su apetito puede disminuir y es posible que le cueste dormir. Es posible que no sienta energía o la capacidad para hacer las cosas, el dolor también puede influir en su estado de ánimo y sus relaciones con los demás.

El uso de terapias no farmacológicas puede ayudarle a calmar el dolor o a tener un mayor grado de control sobre su dolor. Ya que esto podría mejorar la calidad de su vida.”⁶⁸

5.1.4 Terapias para controlar el dolor.

Calor: El calor contribuye a aliviar el dolor y los espasmos musculares. Aplique calor en el área durante 20 a 30 minutos cada 2 horas durante la cantidad de días que le indiquen.

Hielo: El hielo contribuye a bajar la inflamación y calmar el dolor. El hielo también puede ayudar a evitar que se dañen los tejidos. Use un paquete de hielo o ponga hielo molido dentro de una bolsa plástica. Cúbralo con una toalla y colóquelo en el área afectada durante 15 a 20 minutos cada hora tal como le indicaron.

⁶⁷ CALVO Patricia et al. (1998). Propuesta para la ampliación del servicio de atención médica extrahospitalaria de la clínica del control del dolor y cuidados paliativos del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia. Universidad de Costa Rica, Seminario de Graduación en Administración de Negocios, San José, Costa Rica.

⁶⁸ SALAS HERRERA, Isaías. (2001). Plan nacional para la organización de las clínicas de control del dolor y cuidados paliativos, nivel I y II de atención médica. San José, Costa Rica.

Terapia de masaje: Puede contribuir a relajar la tensión muscular y calmar el dolor.

Fisioterapia: Le enseña ejercicios para contribuir a mejorar el movimiento, fortalecerse y aliviar el dolor.

Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET): Se trata de un dispositivo portátil de bolsillo con pilas que se pega a la piel. Por lo general se coloca sobre el área dolorida. Usa señales eléctricas leves y seguras para ayudar a controlar el dolor.

Estimulación de la médula espinal: Se implanta un electrodo cerca de la médula espinal durante un procedimiento sencillo. El electrodo usa señales eléctricas leves y seguras para relajar los nervios que causan el dolor.⁶⁹

5.2 Otras terapias para controlar o aliviar el dolor.

a. "Aromaterapia: Se trata de una manera de usar fragancias para relajarse, aliviar la tensión nerviosa y calmar el dolor. Para la aromaterapia se usan aceites, extractos o fragancias de flores, hierbas y árboles. Se pueden inhalar o usar durante un masaje, un tratamiento de cutis, envoltura corporal y baños. Imágenes guiadas: Le enseña a visualizar imágenes que disminuyen la intensidad del dolor. Es posible que le ayude a aprender a cambiar la manera en que su cuerpo percibe y reacciona frente al dolor.

b. Risa: Es posible que la risa le ayude a deshacerse de la tensión nerviosa, la ira, el temor, la depresión y la desesperanza.

c. Música: Puede que contribuya a que sienta más energía y a que mejore su estado de ánimo. Es posible que ayude a calmar el dolor al hacer que su cuerpo segregue endorfinas. Las endorfinas son sustancias químicas naturales del cuerpo que alivian el dolor.

d. Retroalimentación biológica: Enseña a su cuerpo a reaccionar de manera diferente frente al estrés que provoca el dolor. Es posible que los médicos usen una máquina de retroalimentación biológica para ayudarle a reconocer cuando su cuerpo está relajado.

e. Acupuntura: En esta terapia se usan agujas muy delgadas para restablecer el equilibrio en los canales de energía del cuerpo. Se cree que esto ayuda a aliviar el dolor y otros síntomas.⁷⁰

5.3 Necesidades fisiológicas

"Se refieren a las necesidades verdaderamente básicas de alimentos, agua, cobijo y sexo. La primera prioridad, en cuanto a la satisfacción de las necesidades, está dada por las necesidades fisiológicas. Estas necesidades estarían asociadas con la supervivencia del organismo dentro de la cual estaría el concepto de homeostasis,

⁶⁹ DUGAS. Tratado de Enfermería práctica. Enfermedades terminales. 3ªed .p. 710-715. 1996

⁷⁰ : <http://nccam.nih.gov> consultada 20/6/2013

el cual se refiere a los esfuerzos automáticos del cuerpo por mantener un estado normal y constante, del riego sanguíneo”, lo que se asociaría con ciertas necesidades, como lo son la de alimentarse y de mantener la temperatura corporal apropiada.”⁷¹

No todas las necesidades fisiológicas son homeostáticas pues dentro de estas están; el deseo sexual, el comportamiento maternal, las actividades completas y otras. Una mejor descripción sería agruparlas dentro de la satisfacción del hambre, del sexo y de la sed.

Cuando estas necesidades no son satisfechas por un tiempo largo, la satisfacción de las otras necesidades pierde su importancia, por lo que éstas dejan de existir.

5.3.1 Necesidades de Seguridad y protección.

“Describen el afán de la persona por disfrutar de la seguridad o protección. Incluyen una amplia gama de necesidades relacionadas con el mantenimiento de un estado de orden y seguridad. Dentro de estas necesidades se encontrarían las necesidades de, sentirse seguros, la necesidad de tener estabilidad, la necesidad de tener orden, la necesidad de tener protección y la necesidad de dependencia. Las necesidades de seguridad muchas veces son expresadas a través del miedo, como lo son: el miedo a lo desconocido, el miedo al caos, el miedo a la ambigüedad y el miedo a la confusión.

Las necesidades de seguridad se caracterizan porque las personas sienten el temor a perder el manejo de su vida, de ser vulnerable o débil frente a las circunstancias actuales, nuevas o por venir.”⁷² Muchas personas dejan suspendidos muchos deseos como el de libertad por mantener la estabilidad y la seguridad. Las necesidades de seguridad pasan a tomar un papel muy importante cuando no son satisfechas de forma adecuada; “la mayoría de las personas no pueden ir más allá del nivel de funcionamiento de seguridad” lo que se ve en las necesidad que tienen muchas personas de prepararse para el futuro.

5.3.2 Confort y seguridad.

“Para lograr el confort y seguridad del paciente se debe tomar en cuenta lo siguiente: Es importante favorecer el ambiente adecuado, aislar al paciente en casos necesarios, evitar ruidos, respetar horarios de descanso. Establecer prioridades en el tratamiento del paciente. Cuando no es factible que el paciente se cuide solo, la enfermera tiene la responsabilidad de protegerlo.”⁷³

⁷¹ MASLOW. Abraham. Jerarquía de las Necesidades de Maslow. 1943.p.95

⁷² MASLOW. Abraham. Jerarquía de las Necesidades de Maslow. 1943.p.6,97.98

⁷³ Ibid.p.96

Proteger al paciente de lesiones y caídas (barandas, fijaciones, eliminación de obstáculos).

Enseñar al paciente y familia de los cuidados para evitar infecciones sobreañadidas.

“Movilización del paciente hacia la cama: se hará con sumo cuidado, para evitar la exacerbación del dolor o lo que es más frecuente el compromiso medular.

Medición estricta de signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria y presión arterial). Los signos vitales pueden alertar sobre complicaciones como la insuficiencia respiratoria, shock o sépsis. La disminución de la diuresis puede ser consecuencia de la hipovolemia, incluida la deshidratación severa, insuficiencia renal o shock de cualquier etiología”⁷⁴.

5.3.3 Necesidades de Amor, y Pertenencia.

“Se concentran en los aspectos sociales donde casi todo el mundo concede valor a las relaciones interpersonales y de interacción social.

Dentro de las necesidades de amor y de pertenencia se encuentran muchas necesidades orientadas de manera social; la necesidades de una relación íntima con otra persona, la necesidad de ser aceptado como miembro de un grupo organizado, la necesidad de un ambiente familiar, la necesidad de vivir en un vecindario familiar y la necesidad de participar en una acción de grupo trabajando para el bien común con otros. La existencia de esta necesidad está subordinada a la satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad.”⁷⁵

Las condiciones de la vida moderna, en la cual el individualismo y la falta de interacción son un patrón de vida, no permiten la expresión de estas necesidades.

“El amor es un sentimiento muy bonito en el cual han experimentado todas las personas en algún momento de su vida aunque en algunas ocasiones no se hayan dado cuenta de éste. Muchas personas creen que ellas nunca han experimentado el amor pero están muy equivocadas porque creo que nadie en el mundo lo ha dejado de experimentar ya sea de una forma u otra, aunque no nos demos cuenta.

El amor se puede experimentar de varias maneras y distintos tipos de personas, por ejemplo, el amor a nuestros padres, a nuestra mamá y papá, el amor a nuestro semejantes, amor a un amigo, amor a nuestro novio o esposo(a). y bueno también el amor a la profesión, al trabajo”.⁷⁶

⁷⁴ DUGAS. Tratado de Enfermería práctica. Enfermedades terminales. 3ª ed. p. 713-715. 1996

⁷⁵ MASLOW. Habraham. Jerarquía de las Necesidades de Maslow. 1943, p.95

⁷⁶ FAGOTNEY. Ética, teoría y aplicación. Ed. McGraw Hill. 5ta Ed. p. 152

5.3.4 Necesidades de estima, y de Ego.

“Esto se refiere a la valoración de uno mismo otorgada por otras personas. Incluyen la preocupación de la persona por alcanzar la maestría, la competencia, y el estatus. La necesidad de estima es aquella que se encuentra asociada a la constitución psicológica de las personas.”⁷⁷

Maslow agrupa estas necesidades en dos clases: las que se refieren al amor propio, al respeto a sí mismo, a la estimación propia y la autoevaluación; y las que se refieren a los otros, las necesidades de reputación, condición, éxito social, fama y gloria. Las necesidades de valoración son generalmente desarrolladas por las personas que poseen una situación económica cómoda, por lo que han podido satisfacer plenamente sus necesidades inferiores. En cuanto a las necesidades de estimación del otro, estas se alcanzan primero que las de estimación propia, pues generalmente la estimación propia depende de la influencia del medio.

5.3.5 Necesidades del Ser, y de Autoestima.

Reflejan el deseo de la persona por crecer y desarrollar su potencial al máximo. La satisfacción de las necesidades de carencia es condición necesaria, pero no suficiente, para que el individuo logre la autorrealización. La persona “meramente sana”, según Maslow, “gusta de la cultura, sus metas son benévolas, están llenos de buenos deseos y carecen de malicia, pero falta algo.

“El elemento que podría ser estimulante para lograr el anhelo de autorrealización y el crecimiento de la personalidad sería la crisis y la desintegración de la personalidad, con el posterior acceso a niveles más altos de integración y a motivaciones propias de la autorrealización; de todas maneras, habría personas que podrían llegar al estado de autorrealización de manera gradual sin necesidad de pasar por tremendas conmociones.”⁷⁸

Maslow proponía que una necesidad se volvía preponderante cuando era inferior insatisfecha y pasa a convertirse en necesidad primaria o central de la persona.

5.3.6 Brindar apoyo Psicológico.

“A pacientes y familiares: se considera como un factor de atención primaria, le corresponde en gran medida al personal de enfermería dar aliento a su paciente, explicarle en qué consiste la enfermedad y advertirle sobre los procedimientos a que será sometido. Se debe evitar comentarios adversos sobre su estado de salud; en su preferencia mostrar ecuanimidad y preocupación en su trabajo, no dejarle solo

⁷⁷ MASLOW Abraham. “Jerarquía de Necesidades de Maslow”, p.201,205.

⁷⁸ MASLOW. Habraham. Jerarquía de las Necesidades de Maslow. 1943. p.95

en los momentos críticos, no importunar su sueño cuando no es imprescindible y permitirle siempre que sea posible practicar algunos de sus entretenimientos.”⁷⁹

6.Cuidados Paliativos a pacientes con Trauma Craneoencefálico Severo.

“Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan asistencia física, psicológica y espiritual a pacientes con traumas y lesiones neurológicas y a sus seres queridos. Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad. Una de las metas principales de los cuidados paliativos a pacientes con Traumas Craneoencefálico Severo es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible. Los servicios de cuidados paliativos están disponibles para personas que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos; el paciente típico de cuidados paliativos tiene un pronóstico de vida de 6 meses o menos. Los programas de cuidados paliativos proporcionan servicios en varias situaciones: en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos. Las familias de los pacientes son también un enfoque importante de los cuidados paliativos, y los servicios deben estar diseñados para proporcionarles la asistencia y el apoyo que necesitan.”⁸⁰

“La recepción del paciente comienza con el anuncio de su ingreso en la Neurocirugía. A su llegada debe estar preparada la cama, equipo de ventilación mecánica, monitor, catéteres de infusión venosa y otros accesorios que fueran necesarios, mencionaremos aspectos importantes acerca del cuidado paliativo a pacientes con trauma craneoencefálico severo:

6.1 Cuidados de enfermería para mantener la permeabilidad de las vías aéreas

“La vigilancia periódica de la permeabilidad de las vías aéreas y del funcionamiento del ventilador, de sus sistemas de alarma y de otros parámetros de la mecánica respiratoria y susceptibilidad de medición, auscultación de ambos campos pulmonares son factores que influyen que el aparato respiratorio pueda verse afectado y disminuye la posibilidad de respirar libremente. Si estos factores no son atendidos se corre el riesgo de provocar un daño mayor y permanente. Para ayudar a devolver el bienestar respiratorio surge la especialidad de la terapia respiratoria, se define a ésta como el conjunto de técnicas manuales, aparatología, medicamentos y procedimientos que poseen un efecto terapéutico en el sistema respiratorio. El monitoreo electrocardiográfico y permeabilización de las vías aéreas, se realizará para evitar complicaciones, aspirar secreciones traqueo

⁷⁹ DUGAS. Tratado de Enfermería práctica. Enfermedades terminales. 3ªed .p. 725-732. 1996.

⁸⁰ CARTA DE PRAGA.Cuidados Paliativos, Un Derecho Humano, 20 de diciembre de 2012.

bronquial, cuantas veces sea necesario, observando las características de las mismas y realizar fisioterapia respiratoria.”⁸¹

“La posición de Fowler es una posición utilizada para describir una de las posturas en la terapia respiratoria. Se indica para relajar la tensión de los músculos abdominales, permitiendo así una mejora en la respiración de pacientes inmóviles e incrementar la comodidad de los sujetos conscientes durante la alimentación oral y otras actividades”⁸².

6.1.1 Cuidados Higiénicos

“El mantenimiento de una correcta higiene personal puede ser fundamental tanto para el mantenimiento de un satisfactorio nivel de salud, como para el mantenimiento de unas satisfactorias relaciones sociales y familiares.

La higiene es una forma de mantenerse sano, a través de la atención a los cambios corporales, al sudor, y a los olores que puede emitir el cuerpo.

Con el mantenimiento de un correcto nivel de higiene, mantendremos el control de los gérmenes que normalmente conviven con nosotros en toda la superficie de la piel y de las mucosas. Con el lavado periódico de las zonas de mayor contacto con el entorno y de las zonas que con mayor frecuencia pueden ser origen de olores o incluso de infecciones, mantendremos el equilibrio de la capa de protección de la piel y los gérmenes que en ella viven por lo que es importante brindar los siguientes cuidados.”⁸³

- Aseo Bucal
- Baño diario
- Limpieza de los ojos
- Aseo de genitales
- Acicalamiento (vestirse, peinado, rasurado)
- Aseo de faneras (uñas)

6.1.2 Cuidados de Enfermería sobre la Alimentación.

“Cuando hablamos de alimentación equilibrada nos referimos a aquella que incluye una diversidad suficiente de alimentos en las cantidades adecuadas, en función de las características de cada persona y de su estilo de vida; una alimentación que cubra los requerimientos de energía y nutriente que nuestro organismo necesita para mantener un buen estado nutritivo, de salud y bienestar.

En el paciente crítico, la ingesta oral se encuentra seriamente comprometida debido a diversos factores que alteran la deglución generalmente en forma transitoria. La presencia de vía aérea artificial, algunas patologías o situaciones clínicas que contraindican el uso del aparato digestivo, el estado de inconsciencia

⁸¹ http://www.wikipedia.org/wiki/Terapia_respiratoria .consultada el 22/6/2013

⁸² DU GAS B. W. Tratado de Enfermería Práctica. Cuarta edición. Evitación del Dolor. Editorial .Editorial Interamericana S. A. México 1988 .p.453,472.

⁸³ HERRERO VILA. ElisabethEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria Máster en Gerontología Clínica Máster en Medicina Preventiva y Promoción de la Salud Posgrado en Psicopatología Clínica, revista

temporal o permanente contribuyen a que la persona no pueda ingerir alimentos por sí misma.”⁸⁴

Esta situación justifica la necesidad de implementar algún tipo de terapia nutricional para aportar los requerimientos calóricos y protéicos necesarios para afrontar los estados hipermetabólicos, que presentan estos pacientes como respuesta a la situación crítica de salud, que conducen a un rápido proceso de deterioro del estado nutricional, por lo que es importante tener en cuenta los siguientes cuidados:

“La anotación estricta de los líquidos eliminados y administrados. Se anotan tantos los que se administran por infusión venosa como por vía oral; permite realizar balance hidromineral diario del paciente y planificar los volúmenes a administrar. El cuidado estricto en la administración de las soluciones por vía parenteral en cuanto a dosificación de las concentraciones de las soluciones de acuerdo con la superficie corporal. Vigilancia estricta del goteo de la hidratación. Alimentación: se realizará según indicación médica y estado del paciente ya sea por vía oral o parenteral y conlleva a realizar medición de residuo gástrico, Elevar la parte superior de la cama del enfermo, si éste puede movilizarse, para colocarlo en la posición de Fowler, utilizando medidas preventivas universales, evitando las infecciones.”⁸⁵

6.1.3 Cuidados de Enfermería en la Eliminación Intestinal.

“Al valorar la función intestinal de una persona es importante conocer su edad y estado general de salud, la enfermera necesita conocer los hábitos intestinales ordinarios y los patrones anormales de defecación. Su frecuencia y la naturaleza de las heces varían según los individuos; lo que es normal para una persona quizá no lo sea para otra. El estudio del patrón de eliminación intestinal del paciente incluye frecuencia de la defecación y descripción del color, olor y consistencia de las heces (duras, blandas o líquidas)”⁸⁶. “El estrés y la ansiedad pueden aumentar o disminuir la motilidad del tubo gastrointestinal. Así mismo, el enojo, en particular si no se manifiesta abiertamente, puede causar trastornos, a menudo conformación excesiva de gas y la consiguiente distensión otros cuidados de enfermería incluyen:

- a)- Conectar sondaje vesical intermitente o permanente si necesario.
- b)- Observar características de la orina y cuantificar en cada turno.
- c)- Observar características de las heces fecales (sangramiento etc.).”⁸⁷

⁸⁴ LLARI, SALAS M. Evaluación Nutricional y Soporte Nutricional por vía enteral: Nivel de conocimientos de enfermeros de unidades de terapia intensiva adultos de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista Enfermería Global. 2009, p. 1,16

⁸⁵ [http:// www.aanep.com/index.php](http://www.aanep.com/index.php) consultada el 18 de junio 2013.

⁸⁶ DUGAS. Tratado de Enfermería práctica. Enfermedades terminales. 3ªed .p. 710-715. 1996

⁸⁷ NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, Psicología y Salud, .Cap:35 Atención integral a los enfermos en etapa terminal.p.219-232. Ed.2001.

6.1.4 Cuidados de la Piel.

“La observación de la coloración de piel y mucosas: palidez, cianosis, ictericia o la aparición de petequias que pueden indicar generalmente complicaciones graves o si existe herida quirúrgica y punciones venosas se deben observar los sitios de éstas, si existieran se debe reportar de inmediato al médico. Como cuidados Paliativos de enfermería es importante mencionar:

- a)-Mantener sábanas limpias y estiradas.
- b)- Baño.
- c)- Aplicar cremas corporales (grasas u oleosas) haciendo énfasis en las áreas de presión
- d)- Dar masajes en las zonas de riesgo.
- e) - Detectar tempranamente la aparición de lesiones de úlcera por presión.
- f)- Evitar polvos de talco aplicados directamente sobre la piel.
- g)- Realizar cambios de posición cada una o dos horas.
- h)- Aumentar la hidratación oral.
- i)- Colocar rodillos en zonas de prominencias óseas.
- j)- No dar masajes sobre las zonas enrojecidas.”⁸⁸

7. Hospital General de Accidentes 7-19 Ceibal

7.1 Historia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

“Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las Garantías Sociales en el Artículo 63 de la Constitución Política de la Republica, del año de 1945 en el gobierno del Doc. Juan José Arevalo Bermejo el siguiente texto: "se establece el seguro social obligatorio". La Ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor.

El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "la ley orgánica del instituto guatemalteco de seguridad social". Se crea así "Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima" Cap. 1º, Art. 1º de la ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Se crea así un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio. Esto significa que debe cubrir todo el territorio Nacional, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias; los patronos y

⁸⁸ CASTRO TORRES Amparo M, Manual de procederes de enfermería.p.16

no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social.

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de Mayo de 1985, dice en el artículo 100: "Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad."⁸⁹

"El Hospital General de Accidentes fue el primer centro hospitalario creado en el instituto según instructivo número 21 de gerencia de fecha 15 de diciembre de 1947 habiéndose encontrado los servicios médicos privados mediante un convenio escrito entre el Gerente de la institución Licenciado Oscar Barahona Streber y el doctor Lizardo Estrada quien ofreció sus servicios a los afiliados en su casa de salud a partir del mes de julio de 1947, la cual estaba ubicada en la 12 calle entre 3ª y 4ª avenida de la zona 1, hasta el mes de junio de 1948 iniciando la atención, para 10 pacientes Hospitalizados con servicios de enfermería, camareros y alimentación."⁹⁰

"Al crecer la población que requería atención médica hospitalaria se crea el 18 de julio de 1948 el primer centro de IGSS con capacidad de 20 camas alquilando el chalet San Carlos en la calle real de Pamplona a un costado derecho del parque zoológico la Aurora, cuyo funcionamiento estaba fundamentado en el acuerdo de Gerencia 454 de junio de 1968, se designa su organización como Hospital de Traumatología y Ortopedia, en base al Acuerdo Gerencial número 3606 del 7 de septiembre de 1982 se le denomina Hospital General de Accidentes.

Habiendo sido trasladado en los meses de abril de 1997 en las nuevas instalaciones Ubicadas en la 13 avenida 1-51 zona 4 de Mixco Colonia Monte Real con una capacidad de 322 camas y un aproximado de 1165 miembros del personal, un hospital que atiende las veinticuatro horas del día, los 365 días al año a todos los contribuyentes y beneficiarios de la Institución y a los pobladores que necesiten asistencia médica urgente. Y con especialidad en accidentes traumatología, Cirugía, Oftalmología y Pediatría, el hospital está organizado por departamentos y áreas clasificadas según el nivel, los diagnósticos más frecuentes son politraumatismos, traumas craneoencefálicos y toda clase de accidentes"⁹¹

⁸⁹ HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES 7-19 CEIBAL . Dirección Ejecutiva folleto informativo p.5

⁹⁰ ESTRADA Carolina Diagnostico Situacional del Servicio de Intensivo uno del Hospital General de Accidentes 7-19 CEIBAL, 2011 p.7

⁹¹ ESTRADA, Carolina . Diagnóstico Situacional del Servicio de Intensivo uno del Hospital General de Accidentes 7-19 CEIBAL, 2011 p.7

7.1.1 Servicio de Neurocirugía

Es un servicio que se dedica a brindar el cuidado a pacientes con diferentes diagnósticos conformado por 7 enfermeras graduadas y 20 auxiliares de enfermería brindando atención de calidad por veinticuatro horas ininterrumpidas reflejando buen récord laboral en la atención. Este departamento se encarga de todo paciente con compromiso neuroquirúrgico. Atendiendo cirugías electivas y de emergencia.

VI. MATERIAL Y METODOS

1. Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo porque a través de él se describirán las características que posee el personal de enfermería acerca de los cuidados psicosociales. Con un enfoque cuantitativo porque la información se recopila en forma estadística y el análisis de los datos favorece obtener un resultado cuantitativo y de este resultado siempre se realiza un análisis de forma descriptiva durante el mes de agosto 2012.

2. Unidad de análisis

La unidad de análisis de estudio fue constituida por el personal de enfermería (Profesional y auxiliar de enfermería que labora) en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes 7-10 Casca.

3. Población y muestra

3.1 Población

El universo de estudio lo constituyen todo el personal de enfermería que labora en el Hospital General de Accidentes 7-10 Casca, en una zona del 102 Intendencia Maldonado y del Ambulatorio de Emergencia.

3.2 Muestra

Esta muestra fue conformada por 7 Enfermeras Profesionales y 20 Auxiliares de Enfermería que laboran en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes 7-10 Casca.

		<p>Cuidados de enfermería en la alimentación.</p>	<p>9 ¿Cuáles son los cuidados que debe brindar en relación a la alimentación de los pacientes con trauma craneoencefálico severo?</p>
		<p>Cuidados de enfermería en la eliminación.</p>	<p>10 ¿Qué cuidado paliativo conoce, para favorecer la eliminación de los desechos corporales en pacientes con trauma craneoencefálico severo?</p>
		<p>Seguridad y Protección</p>	<p>11. ¿Cuáles son los cuidados paliativos de enfermería que realizaría para lograr el confort y la seguridad en el paciente con trauma craneoencefálico severo?</p>
		<p>7.Necesidades de amor y pertenencia</p>	<p>12.¿Qué acciones de enfermería realiza para ayudar a conciliar el sueño y mantener la seguridad en el paciente con trauma craneoencefálico?</p>
		<p>Autoestima</p>	<p>13.¿Qué aspectos son importantes en las relaciones interpersonales del paciente en estado terminal ?</p>
			<p>14¿Qué aspectos son importantes en el paciente con trauma craneoencefálico severo para mantener la autoestima?</p>
			<p>15¿Cuáles de estos cuidados paliativos, son importantes para brindar apoyo Psicológico al paciente y familia?</p>

5. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE TECNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

Después de seleccionado el tema y obtener la aprobación por la unidad de tesis de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala se llevó a cabo la elaboración del protocolo de investigación.

Aprobado el protocolo se realizó el estudio piloto, el cual se llevó a cabo con un total de 12 personas del personal de enfermería en el servicio de Neurocirugía del Hospital Roosevelt. Se selecciona este grupo de personas porque poseen características similares a las de la unidad de análisis del estudio original.

Para recolectar la información se elaboró un cuestionario compuesto de 15 preguntas de respuestas cerradas, selección múltiple, y abiertas basadas en los indicadores de la variable.

Los datos que se obtuvieron se tabularon utilizando el sistema manual de paloteo. Los resultados se analizaron y se utilizaron cuadros estadísticos para representar los resultados obtenidos.

La técnica para recolección de información fue a través de la encuesta, se solicitó la firma en el formulario de consentimiento informado a las personas que voluntariamente aceptaron participar.

Tanto para el estudio piloto como para el trabajo de campo se solicitó el permiso a las autoridades correspondientes.

6 Criterios de Inclusión y Exclusión

6.1 Criterio de Inclusión

- Personal profesional de enfermería y auxiliares de enfermería que laboran en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes 7-19 Ceibal.
- Personal de enfermería que aceptó participar en el estudio
- Personal de enfermería que tenga más de un mes de estar laborando en el servicio.

6.2 Criterio de Exclusión

- 2 auxiliares de enfermería, que se encontró de vacaciones.

7. Aspectos Éticos de la Investigación

7.1 Consentimiento Informado

“Uno de los principios clave de la conducta ética es la participación voluntaria. El procedimiento correcto es informar a los futuros participantes acerca del estudio y obtener su consentimiento voluntario.”⁹²

El formulario de consentimiento informado fue firmado por enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería después de haberles informado de los objetivos de la investigación, y se les informó que pueden retirarse de la misma en el momento que lo deseen, y que la investigadora será la responsable del estudio, a quien podrán abocarse cuando sea necesario.

7.2 Derecho a La Autonomía

“Se basa en el fundamento de que el ser humano posee la capacidad de darse a sí mismo, autónomamente tiene la libertad de elegir, aplicando su propio razonamiento y determinar su conducta a seguir.”⁹³

Se explicó a todas las participantes su derecho de decidir sobre su participación o no en el estudio, y la libertad de abandonar el estudio cuando lo deseen.

7.3 Derecho a la Intimidad

“Los procedimientos empleados para obtener información, y la información misma no deben utilizarse en perjuicio de las personas que lo brindan.”⁹⁴

⁹² POLIT, Denise y BERNADETTE, Hungler. Investigación Científica en ciencias y la Salud. 2 Ed. Editorial Interamericana. S.A. de C.V. Mexico D.F. 1985.p.72

⁹³ http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100003&script=sci_arttext. Consultado el 5 de julio de 2012.

⁹⁴ <http://www.aanep.com/index.php.consultada> el 18 de junio 2013.

Se les dió a conocer a las participantes que tienen derecho a decidir el momento, la cantidad de información y las circunstancias generales para que la información que proporcionan pueda compartirse.

7.4 Derecho al Anonimato y Confidencialidad

“Los individuos que divulgan sus opiniones y asuntos personales deben protegerse contra hacerlos públicos, el investigador debe brindar a los participantes garantía de confidencialidad.”⁹⁵

Este principio se aplicó durante el desarrollo de la investigación, protegiendo la identidad de las participantes y en efecto, la información que proporcionaron es exclusivamente para la presente investigación. Los datos personales de las participantes no se relacionarán con la investigación, ya que a cada una de ellas se le asignó un código.

7.5 Derecho a la Justicia

“Se analizan los sistemas de selección equitativa de los sujetos, en especial la protección de los grupos más vulnerables y la compensación que tendrán los daños que se puedan presentar.”⁹⁶

A todas las participantes se les trató con justicia e igualdad, sin discriminación alguna, ya sea de índole social, cultural, étnica, de género, raza o credo.

7.6 Beneficencia

“El principio de la Beneficencia persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto los participantes de una investigación o sus representantes deben conocer los riesgos y los beneficios que lograrán con su participación en el estudio.”⁹⁷

7.7 Permiso Institucional

Tanto para el estudio piloto como para el estudio de campo se solicitó a las autoridades correspondientes permiso por escrito.

⁹⁵ POLIT, Denise y BERNADETTE, Hungler. Investigación Científica en ciencias y la Salud. 2 Ed. Editorial Interamericana. S.A. de C.V. Mexico D.F. 1985.p.28

⁹⁶ http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100003&script=sci_arttext. Consultado el 5 de julio de 2012.

⁹⁷ POLIT, Denise y BERNADETTE, Hungler. Investigación Científica en ciencias y la Salud. 2 Ed. Editorial Interamericana. S.A. de C.V. Mexico D.F. 1985.p.72

VII. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

¿Cuáles son los cuidados Paliativos eficaces de enfermería para mejorar y mantener la función respiratoria a pacientes con trauma craneoencefálico severo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Colocarlo en Posición Fowler, Permeabilización de las vías respiratorias.	4	15
b. Funcionamiento del ventilador, monitoreó electrocardiográfico y Brindarle terapia respiratoria constante.	1	4
c. Todos los anteriores son cuidados eficaces.	18	69
d. Solo a es cuidado eficaz	3	12
TOTAL	26	100%

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 69% del personal de enfermería conoce cuáles son los cuidados paliativos eficaces para mantener las vías respiratorias permeables, un 27% responden que la posición fowler y permeabilización de las vías respiratorias son cuidados eficaces para mantener la función respiratoria. 4% responden que solo el funcionamiento de los ventiladores, monitoreo electrocardiográfico y terapia respiratoria.

“La vigilancia periódica de la permeabilidad de las vías aéreas y del funcionamiento del ventilador, de sus sistemas de alarma y de otros parámetros de la mecánica respiratoria y susceptibilidad de medición, auscultación de ambos campos pulmonares son factores que influyen que el aparato respiratorio pueda verse afectado y disminuye la posibilidad de respirar libremente. Si estos factores no son atendidos se corre el riesgo de provocar un daño mayor y permanente. El monitoreo electrocardiográfico y permeabilización de las vías aéreas, se realizará para evitar complicaciones, aspirar secreciones traqueo bronquial cuantas veces sea necesario, observando las características de las mismas y realizar fisioterapia respiratoria.”⁹⁸

Lo que evidencia que el 69% del personal de enfermería conoce cuáles son los cuidados paliativos eficaces para mejorar y mantener la función respiratoria.

⁹⁸ http://www.wikipedia.org/wiki/Terapia_respiratoria .consultada el 22/6/2013

CUADRO NO. 2

¿Cuáles son los cuidados higiénicos que se deben brindar a pacientes con trauma craneoencefálico severo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Aseo Bucal, baño diario, limpieza de los ojos.	2	8
b. Aseo de genitales, acicalamiento (vestirse, peinado, rasurado) y Aseo de faneras (uñas)	1	4
c. ninguno es correcto	0	0
d. a y b son correctas.	23	88
TOTAL	26	100

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 88% del personal encuestado responde que el aseo bucal, baño diario, limpieza de los ojos, aseo de genitales, acicalamiento y aseo de faneras son los cuidados higiénicos que se deben brindar a pacientes con trauma craneoencefálico severo y el 8 % responde que solo el baño diario y la limpieza de los ojos son cuidados higiénicos. El 4% responde el aseo de genitales, acicalamiento y aseo de faneras.

“El mantenimiento de una correcta higiene personal puede ser fundamental tanto para el mantenimiento de un satisfactorio nivel de salud, como para el mantenimiento de relaciones sociales y familiares. La higiene es una forma de mantenerse sano, a través de la atención a los cambios corporales, al sudor, y los olores que puede emitir el cuerpo.”⁹⁹

Lo que demuestra que el 88% del personal de enfermería conoce los cuidados higiénicos que se deben brindar a los pacientes con trauma craneoencefálico severo.

⁹⁹ HERRERO VILA. Elisabeth Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Máster en Gerontología Clínica Máster en Medicina Preventiva y Promoción de la Salud Posgrado en Psicopatología Clínica, revista

Cuadro No. 3

¿Cuáles son los cuidados paliativos de la piel, que se brinda a pacientes con trauma craneoencefálico severo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Mantener sábanas limpias y estiradas, aplicar cremas o aceites corporales	2	8
b. Detectar tempranamente la aparición de lesiones de la piel, realizar cambios de posición cada 2 horas	1	4
c. Limpiar con toallas húmedas el cuerpo	0	0
d. Todas son correctas excepto c	8	88
TOTAL	26	100%

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 88% del personal de enfermería responde que mantener sábanas limpias y estiradas, aplicar cremas o aceites corporales, detectar tempranamente la aparición de lesiones de la piel, realizar cambios de posición cada 2 horas son los cuidados paliativos de la piel.

“El cuidado de la piel en un paciente inmovilizado es de vital importancia. Con una piel sana y bien cuidada podemos evitar complicaciones mayores en el futuro, debe estar siempre limpia y seca, además de perfectamente hidratada, debe estar seca para después proceder a aplicar una buena crema hidratante, y aceites corporales también son válidos.

La úlceras aparecen en las zonas de presión sobre las prominencias óseas del cuerpo y se producen debido a la falta de circulación sanguínea causada por ese exceso de presión”¹⁰⁰

Sin embargo el 12% demuestra un significativo porcentaje de desconocimiento acerca de los cuidados para proteger y conservar la integridad de la piel en pacientes paliativos, es el personal de enfermería el responsable de evitarlo, y de brindar un cuidado integral y de calidad.

¹⁰⁰ <http://www.enfermeria24horas.es/ciudadano/paciente-inmovilizado.consultado> 15/7/2013.

Cuadro No. 4

¿Defina con sus palabras que es el dolor?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Sensación relacionada con daño orgánico	0	0
No contesto	12	46
Alteración del estado normal del paciente	12	46
Es un sufrimiento físico	2	8
TOTAL	26	100

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 8 % del personal encuestado define correctamente que el dolor es un sufrimiento o padecimiento físico. el 46% responde que es una alteración del estado normal del paciente, el 46% no contestó

“Según la Organización Mundial de la Salud, (1994), el dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos. Quien lo padece siempre espera que sea curada o al menos aliviada.”¹⁰¹

“El cuidado paliativo, implica comprender que la persona afectada por dolor crónico o terminal realmente sufre y necesita ser aliviada. El tratamiento que se brinde debe ser competente para el control del dolor físico, pero así mismo debe brindarse tratamiento.”¹⁰²

Por lo tanto este estudio evidencia que un alto porcentaje del personal de enfermería desconoce que es el dolor es por esta razón que surgen los cuidados paliativos, como la esperanza para muchos que sufren dolor y que necesitan exhaustivamente el control del dolor.

¹⁰¹ . DUSELL V. Valoración de síntomas en pacientes pediátricos. Cuidados Paliativos, Guías para el manejo clínico. OPS 2004; p. 103-111.

¹⁰²DU GAS B. W. Tratado de Enfermería Práctica. 4ª. Ed. Evitación del Dolor. Editorial Interamericana S. A. México 1988 .p.453,472.

Cuadro No. 5

¿Qué Cuidados Paliativos se deben realizar, al observar dolor en pacientes con trauma craneoencefálico severo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Apoyo psicológico y espiritual	1	4
b. Administración de medicamentos ordenados.	11	42
c. Cambio frecuente de posición	2	8
d. Terapia Farmacológica y no Farmacológica	12	46
TOTAL	26	100%

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El resultado nos indica que el 46% del personal encuestado responde que la terapia que conoce al observar el dolor es, Terapia Farmacológica y no Farmacológica, el 42% responde la administración de medicamentos ordenados el 8% contesta que la terapia que conoce es el cambio frecuente de posición, y el 4% responde apoyo psicológico y espiritual.

“La Organización Mundial de la Salud diseñó en 1987 un plan terapéutico sencillo para el tratamiento analgésico del dolor crónico. Se trata de una escalera analgésica terapia farmacológica.

“Las terapias no farmacológicas son otras maneras de aliviar el dolor, aparte de los medicamentos. Las distintas personas reaccionan de forma diferente a este tipo de terapias, si no recibe tratamiento para el dolor, su apetito puede disminuir y es posible que le cueste dormir, el dolor también puede influir en su estado de ánimo y sus relaciones con los demás. El uso de terapias no farmacológicas puede ayudarle a calmar el dolor o a tener un mayor grado de control. Ya que esto podría mejorar la calidad de su vida.”¹⁰³

Los resultados evidencian que la mayoría del personal de enfermería desconoce las terapias Farmacológicas y no Farmacológicas para el alivio del dolor.

¹⁰³ SALAS HERRERA, Isaías. (2001). Plan nacional para la organización de las clínicas de control del dolor y cuidados paliativos, nivel I y II de atención médica, San José, Costa Rica.

Cuadro No. 6

¿Qué factores pueden contribuir a elevar el dolor en los pacientes con trauma craneoencefálico severo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. La ira y alteración de la conducta	0	0
b. La depresión y angustia	1	4
c. Procedimientos terapéuticos desconocidos	5	19
d. a y b son correctos	20	77
TOTAL	26	100%

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 77% del personal encuestado responde que, la ira, alteración de la conducta, la depresión y angustia son los factores que contribuyen a elevar el dolor, el 19 % responde que los procedimientos terapéuticos desconocidos elevan el dolor y el 4% responde que la depresión y angustia,.

“El dolor es también una experiencia subjetiva, depende de lo que el enfermo desee y pueda expresar, por lo que es importante tomar en cuenta los aspectos psicológicos que le permitan a la persona comunicar su vivencia. Además tiene que ver con el estado físico del cuerpo, combinado con una serie de factores consecuentes al malestar como los son la depresión, angustia, ira, frustración, sufrimiento, molestia, incomodidad, cualidades también desagradables para la persona.”¹⁰⁴

De acuerdo a los datos obtenidos el 77 % del personal de enfermería conoce los factores que contribuyen a elevar el dolor, es importante mencionar que el 33% del personal desconoce los factores que elevan el dolor, lo que no favorece las acciones del cuidado paliativo

¹⁰⁴ DU GAS B. W. Tratado de Enfermería Práctica. 4ª. Ed. Evitación del Dolor. Editorial Interamericana S. A. México 1988 .p.453,472.

Cuadro No. 7

¿Cuáles son las terapias Paliativas no farmacológicas para ayudar a mitigar el dolor en pacientes con trauma craneoencefálico severo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Calor, Hielo	6	23
b. Masajes, aromaterapia, Música y risa	3	12
c. a y b son correcta	15	57
d. ninguna es correcta	2	8
TOTAL	26	100

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 57% del personal de enfermería encuestado responde que el calor, hielo, masajes, aromaterapia, música y risa son las terapias paliativas no farmacológicas que ayudan a mitigar el dolor, el 23% responde que el calor y el hielo y el otro 12% responde que los masajes, aromaterapia, música y risa son terapias no farmacológicas que ayudan a mitigar el dolor y el 8% responde que ninguno es correcto.

“Las terapias no farmacológicas son otras maneras de aliviar el dolor, aparte de los medicamentos. Las distintas personas reaccionan de forma diferente a este tipo de terapias.

Si no recibe tratamiento para el dolor, su apetito puede disminuir y es posible que le cueste dormir. Es posible que no sienta energía o la capacidad para hacer las cosas, el dolor también puede influir en su estado de ánimo y sus relaciones con los demás.

El uso de terapias no farmacológicas puede ayudarle a calmar el dolor o a tener un mayor grado de control sobre su dolor. Ya que esto podría mejorar la calidad de su vida.”¹⁰⁵

Los resultados reflejan que el 57% del personal conoce las terapias no farmacológicas paliativas para mitigar el dolor. Sin embargo el 43% refleja no tener claras estas terapias.

¹⁰⁵ SALAS HERRERA, Isaías. (2001). Plan nacional para la organización de las clínicas de control del dolor y cuidados paliativos, nivel I y II de atención médica. San José, Costa Rica.

Cuadro No. 8

¿Cuáles son los tres peldaños de analgésicos que componen la terapia farmacológica para aliviar el dolor?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Analgésicos Periféricos	4	15
b. Opioides débiles y potentes	0	0
c. Midazolam y fentanyl	0	0
d. a y b son correctas	22	85
TOTAL	26	100

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 85% del personal de enfermería encuestado responde en forma correcta que los analgésicos periféricos, opioides débiles y potentes son los tres peldaños que componen la terapia farmacológica para aliviar el dolor, el 15% responde que solo los analgésicos periféricos.

“Analgésicos periféricos, también llamados no opioides o analgésicos menores. Los medicamentos incluidos en este grupo son el ácido acetilsalicílico, los salicilatos, el metamizol, el paracetamol y el resto de AINE. Su mecanismo de acción consistiría en inhibir la formación de prostaglandinas.

Analgésicos opioides débiles. Los analgésicos más representativos de este grupo son la codeína, la dihidrocodeína y el tramadol.

Analgésicos opioides potentes. En este grupo se encuentran la morfina y la metadona.”¹⁰⁶

El estudio evidencia que el 15% del personal de enfermería desconoce los tres peldaños analgésicos de la terapia farmacológica, el conocimiento del tema es importante para poder saber cómo ayudar a mitigar el dolor.

¹⁰⁶ CALVO Patricia et al. (1998). Propuesta para la ampliación del servicio de atención médica extrahospitalaria de la clínica del control del dolor y cuidados paliativos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Universidad de Costa Rica, Seminario de Graduación en Administración de Negocios, San José, Costa Rica.

Cuadro No. 9

¿Cuáles son los cuidados que debe brindar en relación a la alimentación de los pacientes con trauma craneoencefálico severo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Anotación de líquidos administrados por vía oral e intravenosa y medición de residuo gástrico	4	15
b. Evaluar el estado de conciencia del paciente	1	4
c. Control de ingestión de nutrientes necesario para evitar deterioro nutricional	0	0
d. Todos correctos	21	81
TOTAL	26	100

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 81% del personal de enfermería encuestado refiere que la anotación de líquidos administrados por vía oral e intravenosa, medición de residuo gástrico, evaluar el estado de conciencia del paciente, control de ingestión de nutrientes necesario para evitar deterioro nutricional son los cuidados que brinda sobre la alimentación a pacientes con trauma craneoencefálico severo y el 15% responde que anotación de líquidos administrados por vía oral e intravenosa y medición de residuo gástrico el 4% evaluar el estado de conciencia del paciente.

“La anotación estricta de los líquidos administrados, permite realizar balance hidromineral diario. La alimentación se realizará según indicación médica y estado del paciente ya sea por vía oral o parenteral y conlleva a realizar medición de residuo gástrico, Elevar la parte superior de la cama del enfermo, si éste puede movilizarse, para colocarlo en la posición de Fowler, utilizando medidas preventivas universales, evitando las infecciones.”¹⁰⁷

Los resultados demuestran que el 19% del personal no identifican adecuadamente los cuidados sobre la alimentación a pacientes con trauma craneoencefálico severo.

¹⁰⁷ [http:// www.aanep.com/index.php](http://www.aanep.com/index.php) consultada el 18 de junio 2013.

Cuadro No. 10

¿Qué cuidado paliativo conoce, para favorecer la eliminación de los desechos corporales en pacientes con trauma craneoencefálico severo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Observar el color, consistencia y cantidad de las heces, orina y anotar.	1	4
b.Brindar cuidados de sondas vesicales y cambio de pañal constante	2	8
c.a y b son correctas	19	73
d.ninguno es correcto	4	15
TOTAL	26	100

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 73% responde que, observar el color, consistencia y cantidad de las heces y orina, brindar cuidados de sondas vesicales y cambio de pañal constante son los cuidados que se deben brindar, el 15% ninguno es correcto. el 8% responden que solo brindar cuidados de sondas vesicales y cambio de pañal constante el 4% Observar el color, consistencia y cantidad de las heces, orina y anotar.

“El personal de enfermería, necesita conocer los hábitos intestinales ordinarios y los patrones anormales de defecación; lo que es normal para una persona quizá no lo sea para otra. El estudio del patrón de eliminación intestinal del paciente incluye frecuencia de la defecación y descripción del color, olor y consistencia de las heces (duras, blandas o líquidas)”¹⁰⁸. Conectar sondaje vesical intermitente o permanente si necesario, observar características de la orina y cuantificar en cada turno, observar características de las heces fecales, movilizar al paciente si el estado físico lo permite.”¹⁰⁹

Los cuidados que se realizan en cuanto a la eliminación del paciente, el personal de enfermería encuestado evidencia que el 73% tiene conocimiento correcto de los cuidados que se deben brindar a los pacientes con traumas craneoencefálico severo.

¹⁰⁸ DUGAS. Tratado de Enfermería práctica. Enfermedades terminales. 3ªed. p. 710-715. 1996

¹⁰⁹ NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, Psicología y Salud, .Cap:35 Atención integral a los enfermos en etapa terminal.p.219-232. Ed.2001.

Cuadro No. 11

¿Cuáles son los cuidados paliativos de enfermería que conoce para lograr el confort y la seguridad en el paciente con trauma craneoencefálico severo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Favorecer un ambiente adecuado, respetar horario de descanso, proteger de lesiones y caídas, (barandas altas y sujeciones mecánicas)	8	31
b. Medición constante de signos vitales, control de diuresis	0	0
c. a y son correctas	18	69
d. Ninguno logra el confort	0	0
TOTAL	26	100

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 69% del personal encuestado responde que favorecer un ambiente adecuado, respetar horario de descanso, proteger de lesiones y caída, medición constante de signos vitales, y control de diuresis son los cuidados paliativos para lograr el confort y la seguridad en el paciente, el 31% favorecer un ambiente adecuado, respetar horario de descanso, proteger de lesiones y caídas.

“Para lograr el confort y seguridad del paciente se debe tomar en cuenta que, cuando no es factible que el paciente se cuide solo, la enfermera tiene la responsabilidad de proteger al paciente de lesiones y caídas.”¹¹⁰

“Los signos vitales pueden alertar sobre complicaciones como la insuficiencia respiratoria, shock o sépsis. La disminución de la diuresis puede ser consecuencia de la hipovolemia, incluida la deshidratación severa, insuficiencia renal o shock de cualquier etiología”¹¹¹.

El estudio evidencia que un porcentaje significativo del personal encuestado, desconoce los cuidados para lograr el confort y la seguridad del paciente.

¹¹⁰ DUGAS. Tratado de Enfermería práctica. Enfermedades terminales. 3ªed .p. 711-718. 1996

¹¹¹ Ibid.p.715,716

Cuadro No. 12

¿Qué acciones de enfermería realiza para ayudar a conciliar el sueño y sentirse seguro en pacientes con trauma craneoencefálico?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Hacer el menor ruido posible	1	4
b. Mantener la unidad limpia y sábanas estiradas, colocar rodillos para lograr una posición cómoda	2	8
c. Explicar el porqué de las barandas altas	1	4
d. a y b son correctas	22	84
TOTAL	26	100

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 84% del personal encuestado conocen las acciones de enfermería para ayudar a conciliar el sueño en los pacientes con traumas craneoencefálico severo y el 8% responden que solo mantener las unidad limpia y sábanas estiradas colocando rodillo para lograr una posición cómoda y el 4% refiere que hacer el menor ruido posible ayuda a conciliar el sueño y sentirse seguro y el 4% explicar el porqué de las barandas altas.

“Las alteraciones del sueño se han consolidado como un nuevo campo de la medicina. El diagnóstico y el tratamiento se realizan desde la neurología y la psiquiatría. Los problemas del sueño se dividen en tres clases: el insomnio, que se caracteriza por la dificultad para quedarse dormido o para permanecer dormido; la hipersomnolencia, que consiste en una demanda grande de sueño o somnolencia durante el estado de vigilia, como en el caso de la narcolepsia; y episodios nocturnos, tales como los terrores nocturnos, las pesadillas”¹¹²

Los resultados reflejan que un alto porcentaje del personal encuestado identifica las acciones de enfermería para ayudar a conciliar el sueño y sentirse seguro a un paciente con trauma craneoencefálico severo.

¹¹² DUGAS. Tratado de Enfermería práctica. Enfermedades terminales. 3ªed. p. 713-715. 1996

Cuadro No. 13

¿Qué aspectos son importantes en las relaciones interpersonales del paciente en estado terminal?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Necesidad de relación íntima, necesidad de ser aceptado	1	4
b. Necesidad de vivir en un ambiente de familia	6	23
c. Relaciones sociales	0	0
d. a y b son correctas	19	73
TOTAL	12	100

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 73% del personal encuestado responde que la necesidad de relación íntima, necesidad de ser aceptado, necesidad de vivir en un ambiente de familia son aspectos importantes en las relaciones interpersonales de los pacientes con trauma craneoencefálico severo, el 23% la necesidad de vivir en un ambiente familiar es aspecto importante y el 4% la necesidad de relación íntima, necesidad de ser aceptado.

“Dentro de las necesidades de amor y de pertenencia se encuentran muchas necesidades orientadas de manera social; la necesidades de una relación íntima con otra persona, la necesidad de ser aceptado como miembro de un grupo organizado, la necesidad de un ambiente familiar, la necesidad de vivir en un vecindario familiar y la necesidad de participar en una acción de grupo trabajando para el bien común con otros. La existencia de esta necesidad está subordinada a la satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad.”¹¹³

Los resultados reflejan que el 36% del personal de enfermería no identifica adecuadamente los aspectos importantes en las relaciones interpersonales en pacientes terminales. Por lo no permite fluir la satisfacción de las necesidades del ser humano.

¹¹³ MASLOW. Habraham. Jerarquía de las Necesidades de Maslow. 1943.p.95

Cuadro No. 14

¿Qué aspectos son importantes en el paciente con trauma craneoencefálico severo para mantener la autoestima?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Amor propio, respeto así mismo, éxito social, autorrealización	13	50
b. Dinero, ausencia de deudas	0	0
c. todas son correctas	6	23
d. ninguna es correcta	7	27
TOTAL	26	100

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 50% del personal encuestado responde que el amor propio, respeto así mismo, éxito social, autorrealización son los aspectos importantes para alcanzar la autoestima, el 27% ninguna es correcta, el 23% responde todos son correctos.

“Maslow agrupa estas necesidades de autoestima en dos clases: las que se refieren al amor propio, al respeto a sí mismo, a la estimación propia y la autoevaluación; y las que se refieren a los otros, las necesidades de reputación, condición, éxito social, fama y gloria. Las necesidades de valoración son generalmente desarrolladas por las personas que poseen una situación económica cómoda, por lo que han podido satisfacer plenamente sus necesidades inferiores. En cuanto a las necesidades de estimación del otro, estas se alcanzan primero que las de estimación propia, pues generalmente la estimación propia depende de la influencia del medio.”¹¹⁴

De acuerdo a los datos obtenidos el 50% del personal de enfermería desconoce los aspectos importantes para mantener la autoestima en pacientes con trauma craneoencefálico severo

¹¹⁴ MASLOW Abraham. "Jerarquía de Necesidades de Maslow", p.201, 205.

Cuadro No. 15

¿Cuáles de estos cuidados paliativos, son importantes para brindar apoyo Psicológico al paciente y familia?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
a. Brindar aliento al paciente, explicar con claridad en que consiste su enfermedad	0	0
b. Respetar creencias religiosas y sociales	0	0
c. Todas son correctas excepto d	25	96
d. Hacer consulta a un Psicólogo	1	4
TOTAL	26	100

FUENTE: Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes Ceibal, Agosto 2013.

El 96% del personal encuestado responde que brindar aliento al paciente, explicar con claridad en que consiste su enfermedad, respetar creencias religiosas y sociales son factores que ayudan a brindar un apoyo psicológico al paciente y familia el 4% responde hacer consulta a un Psicólogo.

“El apoyo Psicológico a pacientes y familiares: se considera como un factor de atención primaria, le corresponde en gran medida al personal de enfermería dar aliento a su paciente, explicarle en qué consiste la enfermedad y advertirle sobre los procedimientos a que será sometido. Se debe evitar comentarios adversos sobre su estado de salud; en su preferencia mostrar ecuanimidad y preocupación en su trabajo, no dejarle solo en los momentos críticos, no importunar su sueño cuando no es imprescindible y permitirle siempre que sea posible practicar algunos de sus entretenimientos.”¹¹⁵

El estudio evidencia que 96% del personal encuestado conoce los factores que ayudan a brindar un apoyo psicológico al paciente y familia correspondiendo a la responsabilidad que tiene el personal de enfermería para brindar atención personalizada.

¹¹⁵ DUGAS. Tratado de Enfermería práctica. Enfermedades terminales. 3ªed .p. 725-732. 1996

VIII.CONCLUSIONES

1. El 69% del personal de enfermería posee los conocimientos sobre los cuidados paliativos a pacientes con Trauma Craneoencefálico Severo para mejorar y mantener la función respiratoria, sin embargo el 31% desconoce estos cuidados. Es de vital importancia que enfermería posea conocimientos en un 100% este cuidado paliativo para satisfacer las necesidades de toda índole a pacientes terminales.
2. El 88% del personal de enfermería conoce los cuidados higiénicos que se deben brindar a los pacientes con Trauma Craneoencefálico Severo. Sin embargo el 12% del personal de enfermería posee conocimientos limitados, la falta de estos conocimientos afecta la calidad de cuidado a dichos pacientes.
3. El 88% del personal de enfermería conoce los cuidados para proteger y conservar la integridad de la piel, pero un 12 % posee conocimientos limitados afectando el cuidado integral, lo que puede prolongar la estancia hospitalaria.
4. El 92% del personal de enfermería desconoce que es el dolor, lo que es importante a la hora de brindar un buen cuidado paliativo, el alivio del dolor es el la meta de cuidados paliativos por lo tanto el desconocimiento no permite dar un buen cuidado paliativo.
5. El 47% del personal de enfermería conoce los cuidados paliativos con respecto a las necesidades fisiológicas como es la alimentación y la eliminación de los desechos corporales tomando en cuenta que es necesario que todo el personal posea estos conocimientos para lograr mantener y mejorar la calidad de vida de los pacientes con trauma craneoencefálico severo.
6. El 59 % del personal de enfermería conoce los cuidados relacionados con las necesidades de seguridad y protección, sin embargo el 41% del personal, desconoce los cuidados para lograr el confort y la seguridad del paciente, la falta de estos conocimientos pueden poner en riesgo el cuidado afectando así a los más vulnerables que son pacientes con Trauma Craneoencefálico Severo.
7. Los resultados reflejan que el 36% del personal de enfermería no identifica adecuadamente los aspectos importantes en relación a las necesidades de Amor y Pertenencia en pacientes terminales. Por lo que no permite fluir la satisfacción de las necesidades del ser humano.

IX.RECOMENDACIONES

Tomando como base el resultado del estudio se recomienda a las autoridades de la Institución lo siguiente:

1. Dar a conocer a las autoridades y al personal de enfermería los resultados de la presente investigación.
2. Establecer un programa de capacitación constante a los cuidadores domiciliarios para que den continuidad a los cuidados Paliativos en casa, incluyendo estrategias para compartir experiencias con diferentes familias.
3. Elaboración de un Manual de Cuidados Paliativos dirigido a paciente, familia, y Personal de Enfermería.
4. Capacitar al personal de enfermería a través de programas de educación permanente del uso de terapias Farmacológicas y las alternativas no Farmacológicas para el alivio del dolor.
5. Crear en cada unidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social un servicio dedicado a la asistencia Paliativa de los usuarios, con la plena participación de la familia.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUSTIN BARILLAS, Telma Yolanda. Conocimientos que posee el personal de enfermería de los servicios de recién nacidos en el Hospital San Juan de Dios Amatitlán 2011 p 13 Tesis. (Licenciatura en Enfermería) Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras.
2. BAYÉS, Ramón Publicado en Med Clin (Barc). 2000; vol.115 p.15
3. BRUNER Suzanne y Suddarth Brenda, Enfermería Médico Quirúrgico 9a E.d vol .p14 I
4. CASTRO, TORRES, Amparo M, Manual de procederes de enfermería. cap. 16.
5. DEL RIO, Ignacia y Palma, Alejandra. Conocimientos sobre cuidados paliativos. Estudio descriptivo Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile 2007.p.15
6. DUGAS, Witter y Beverly. Tratado de Enfermería Prácticas.3ª.Ed.Editorial Mac Graw- Hill Interamericana Mexico.1979
7. DUGAS. Tratado de E enfermería práctica. Enfermedades terminales .p.725-732. 3ra Ed.1996
8. DUGAS. Tratado de E enfermería práctica. Enfermedades terminales 3era Ed...p. 2005.p.725-732.
Enfermería en la fase de agonía y muerte,2002. p. 470-474. España. 2004. p554
9. ESCUELA NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE GUATEMALA, Trifoliar, perfil del auxiliar de enfermería,2007 p.5
10. ESTRADA Carolina Diagnóstico Situacional del Servicio de Intensivo uno del Hospital General de Accidentes 7-19 CEIBAL, 2011 p.7
11. HENDERSON, V.A. the Nature of Nursing American Journal of Nursing.1964 p. 63, 64, 68.
12. HERNANDEZ, Dora Florencia (Tesis de Licenciatura) Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Autocuidado de los pacientes Diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán.2011.p.6. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala.
13. HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES 7-19 CEIBAL Dirección Ejecutiva 2013. p.4
14. JUAN B. BERGUA. Los conocimientos. 1959. Madrid. Ediciones Ibéricas. p.324

15. MARRINER TOMEY, Ann; RAILE ALLIGOW, Martha Modelos y Teorías en Enfermería. 3ª. Ed. Harcourt Brace. España. 1994. p.103.
16. MARRINER. T.A. Raile, Modelos y Teorías en Enfermería .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance 2008.p.110,113,118.
17. MARRINER, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 3ª. Ed. México. Año 1994. p. 181.
18. OCEANO MOSBY. Diccionario de Medicina. Última Edición Traducción. Lena Ferrus Estopa (USA). Oceano 2005. P. 348
19. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) citado por Del Rio Ignacia y Palma Alejandra. Cuidados Paliativos historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile (Vol. 32) 2007.
20. PATRIC WLLYER Barbara J. Taptich. Donn Bernocallti-Losey, Proceso de enfermería y diagnósticos 3era. Ed.
21. POLIT, Denise y BERNADETTE, Hungler. Investigación Científica en ciencias y la Salud. 2 Ed. Editorial Interamericana. S.A. de C.V. México D.F. 1985.p.72.8
22. POLIT, Dense F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 5ª. Ed. Editorial Mac-Graw-Hill. México. 1997, p.8
23. POTTER, Patricia y Griffin, Anne. Fundamentos de Enfermería, Teoría y Práctica 3a ed. Editorial Hancourt. Madrid España, 1996.p.1267
24. REYES, M. Nervi, F.: Cuidados Paliativos y control de síntomas en Chile. La experiencia de la clínica familiar. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. Vol. 11, p. 11. Santiago de Chile. 2012.
25. REYES, M. Nervi, F.: Cuidados Paliativos y control de síntomas en Chile. La experiencia de la clínica familiar. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. Vol. 11, No 11. Santiago de Chile. 2000
26. RUÉ M, Roqué M, Mestre J, Artigas A, Bonfill X. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustadas por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención a pacientes en estado crítico. 1997;5ta ed. p.108,647,51
27. SAGASTUME ALVAREZ, Gloria Julieta Cuidados Paliativos en la Pediatría del Hospital Roosevelt. Año 2011.p129, Tesis Licenciatura en Enfermería, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras, Guatemala.

28. SÁNCHEZ Díaz, I. Educación Médica y Medicina paliativa. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista de estudios Médicos Humanísticos.2006. Vol. 11, p.11.
29. SAUNDERS, C. Foreword en Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N.: Oxfordtextbook of Palliative Medicine. 3ra. Ed. Oxford University Press. New York. USA.. 2004.p.256
30. VEGA, Prieto, Temas de Gerontología. Y Atención al paciente terminal. 3era. Ed. 1996. P.141-155.
31. TUYUC CHACACH, Luis Francisco, "Significado de cuidar para el cuidador principal de la persona que vive con Trauma Craneoencefálico Hospitalizada y los Factores que intervienen para que el cuidador participe en el cuidado. "año 2005, p.62 Tesis Licenciatura en Enfermería, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras, Guatemala
32. «http://es.wikipedia.org/wiki/Modelos_y_teor%C3%ADas_de_la_Enfermer%C3%A1
33. [http:// www.teleline.terra.es](http://www.teleline.terra.es) Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. P.1,2,3 consultado 11/diciembre212
34. [http://www aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Abril Pag 15, 16,17 consultado 6/1/2013.
35. <http://www.archive.org/stream/notesnursingwhat00nigh#page/n5/mode/2up> consultado14/7/2012
36. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100003&script=sci_arttext. Consultado el 5 de julio de 2012.
37. <http://www.who.int/>. Marshall LF. Head Injury: recent past, present, and future. Neurosurgery vol.2 2000.p546 Enfermería consultada 16/7/2012

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

Código _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Waleska Odette Toledo Solórzano, soy enfermera y estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, actualmente me encuentro realizando un estudio sobre "Conocimientos del personal de enfermería que labora en el Servicio de Neurocirugía del Hospital General de Accidentes 7-19" CEIBAL" sobre cuidados paliativos a pacientes con trauma craneoencefálico severo".

Para efectuar este estudio es necesario determinar cuáles son los conocimientos que posee el personal de enfermería acerca de los cuidados paliativos

Por lo expuesto anteriormente, solicito su apoyo y colaboración de manera que pueda participar en este estudio respondiendo un cuestionario relacionado con el tema. La información recolectada es totalmente confidencial por lo que su identidad no será revelada y los resultados serán utilizados con fines académicos.

Por lo que le solicito atentamente firmar.

Agradezco mucho su colaboración.

Participante _____ (firma)

Investigadora _____

Guatemala _____ de _____ 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
INVESTIGADORA: E.P WALESKA ODETTE TOLEDO SOLORIZANO

CÓDIGO _____

FECHA _____

CUESTIONARIO

OBJETIVO: Recolectar información sobre los conocimientos que posee el personal de enfermería sobre los cuidados paliativos a pacientes con trauma craneoencefálico severo en el servicio de neurocirugía del Hospital General de Accidentes 7-19 Ceibal.

INSTRUCCIONES. A continuación encontrará una serie de enunciados, los cuales tienen varias opciones para responder. Se solicita elegir la que usted considere es la más apropiada según su respuesta y subrayela. **POR FAVOR SÓLO ELIJA UNA OPCIÓN.**

1. ¿Cuáles son los cuidados Paliativos eficaces de enfermería para mejorar y mantener la función respiratoria a pacientes con trauma craneoencefálico severo?

- a.- Colocarlo en Posición Fowler, Permeabilización de las vías respiratorias.
- b.- Verificar el Funcionamiento del ventilador, monitoreo electrocardiográfico, terapia respiratoria.
- c.- Todos los anteriores son cuidados eficaces.
- d.- Solo a es cuidado eficaz.

2. ¿Cuáles son los cuidados higiénicos que se deben brindar a pacientes con trauma craneoencefálico severo?

- a.- Aseo Bucal, baño diario, limpieza de los ojos.
- b.- Aseo de genitales, acicalamiento (vestirse, peinado, rasurado) y Aseo de faneras (uñas).
- c.-ninguno es correcto.
- d.- a y b son correctas.

3. ¿Cuáles son los cuidados paliativos de la piel, que se deben brindar a pacientes con trauma craneoencefálico severo?

- a.- Mantener sábanas limpias y estiradas, aplicar cremas o aceites corporales.
- b.- Detectar tempranamente la aparición de lesiones de la piel, realizar cambios posición cada 2 horas.
- c.- Limpiar con toallas húmedas el cuerpo.
- d.- Todas son correctas excepto c.

4. Defina con sus palabras que es el dolor.-----

5. ¿Qué cuidados paliativos se deben realizar, al observar dolor en pacientes con trauma craneoencefálico severo?

- a.- Apoyo psicológico y espiritual .
- b.- Administración de medicamentos ordenados.
- c.- Cambio frecuente de posición.
- d.- Terapia Farmacológica y no Farmacológica.

6. ¿Qué factores pueden contribuir a elevar el dolor en los pacientes con trauma craneoencefálico severo?

- a.- La ira y alteración de la conducta.
- b.- La depresión y angustia.
- c.- Procedimientos terapéuticos.
- d.- a y b son correctos.

7. ¿Cuáles son las terapias Paliativas no farmacológicas para ayudar a mitigar el dolor en pacientes con trauma craneoencefálico severo?

- a.- Calor, Hielo.
- b.- Masajes, aromaterapia, Música y risa.
- c.- a y b son correcta.
- d.- ninguna es correcta.

8. ¿Cuáles son los tres peldaños de analgésicos que componen la terapia farmacológica para aliviar el dolor?

- a. Analgésicos Periféricos.
- b. Opioides débiles y potentes.
- c. Midazolam y fentanyl.
- d. a y b son correctas.

9 ¿Cuáles son los cuidados que debe brindar en relación a la alimentación de los pacientes con trauma craneoencefálico severo?

- a.- Anotación de líquidos administrados por vía oral e intravenosa y medición de residuo gástrico.
- b.- Evaluar el estado de conciencia del paciente.
- c.- Control de ingestión de nutrientes necesario para evitar deterioro nutricional.
- d. -Todos correctos.

10 ¿Qué cuidado paliativo conoce, para favorecer la eliminación de los desechos corporales en pacientes con trauma craneoencefálico severo?

- a.- Observar el color, consistencia y cantidad de las heces, orina y anotar.
- b.- Brindar cuidados de sondas vesicales y cambio de pañal constante.
- c.- a y b son correctas.
- d.-ninguno es correcto.

11. ¿Cuáles son los cuidados paliativos de enfermería que realizaría para lograr el confort y la seguridad en el paciente con trauma craneoencefálico severo?

- a.- Favorecer un ambiente adecuado, respetar horario de descanso, proteger de lesiones y caídas, (barandas altas y sujeciones mecánicas).
- b.- Medición constante de signos vitales, control de diuresis.
- c. -a y b son correctas.
- d.-Ninguno logra el confort.

12. ¿Qué acciones de enfermería realiza para ayudar a conciliar el sueño y mantener la seguridad en el paciente con trauma craneoencefálico?

- a.- Hacer el menor ruido posible.
- b.- Mantener la unidad limpia y sábanas estiradas, colocar rodillos para lograr una posición cómoda.
- c.-Explicar el porqué de las barandas altas.
- d.- a y b son correctas.

13. ¿Qué aspectos son importantes en las relaciones interpersonales del paciente en estado terminal ?

- a.- Necesidad de relación íntima, necesidad de ser aceptado.
- b.- Necesidad de vivir en un ambiente de familia.
- c.- Relaciones sociales con otros pacientes.
- d.- a y b son correctas.

14. ¿Qué aspectos son importantes en el paciente con trauma craneoencefálico severo para mantener la autoestima?

- a.- Amor propio, respeto así mismo, éxito social, autorrealización.
- b.- Dinero, ausencia de deudas.
- c.- Todas son correctas.
- d.- Ninguna es correcta.

15. ¿Cuáles de estos cuidados paliativos, son importantes para brindar apoyo Psicológico al paciente y familia?

- a. Brindar aliento al paciente, explicar con claridad en qué consiste su enfermedad
- b. Respetar creencias religiosas y sociales.
- c. Todas son correctas excepto d.
- d. Hacer consulta a un Psicólogo.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN