



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
MÉRIDA ESTADO MÉRIDA



**PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADOS *POST MORTEM*, DIRIGIDO AL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA), AGOSTO 2024 – FEBRERO**

2025

Autoras: Cuevas A. Albany M.
Pernía R. Betzy A.

Tutor: Prof. Rojas, Jackson L.

Mérida, Mayo 2025



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA EL CUIDADO *POST MORTEM*, DIRIGIDO
AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INSTITUTO
AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IA-HULA), AGOSTO
2024 – FEBRERO 2025**

Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Licenciadas en Enfermería

www.bdigital.ula.ve

Autoras: Cuevas A. Albany M.
Pernía R. Betzy A.

Tutor: Prof. Rojas, Jackson L.

Mérida, Mayo 2025

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, que nos ha dado la fortaleza para continuar cuando hemos sentido que todo está a punto de caerse; por ello, con toda la humildad que de nuestros corazones pueden emanar, dedicamos primeramente nuestro trabajo a Dios.

De igual forma, dedicamos esta tesis a nuestras madres, por ser nuestra roca, inspiración y mayor apoyo a lo largo de este desafiante camino académico. Gracias por sus palabras de aliento, por los abrazos reconfortantes y por creer incondicionalmente en nosotras. Su amor y sacrificio han sido la fuerza impulsora que nos ha llevado hasta este momento. Las admiramos y amamos profundamente.

A nuestras familias en general, porque nos han brindado su apoyo incondicional a lo largo de este camino y han contribuido a que disfrutemos de este proceso sin importar las adversidades.

*A todos los profesionales de enfermería, este trabajo es por ellos y para ellos.
A aquellas amistades genuinas que no nos acompañaron en este logro, pero que siguen de cerca nuestro progreso.*

A nuestro tutor y padrino de promoción, que se convirtió en un segundo padre, lleno de consejos y tuvo la iniciativa de apoyarnos en este proyecto tan especial para nosotras.

Albany Cuevas y Betzy Pernía.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por protegernos durante todo este camino y darnos fuerzas para superar cada obstáculo y dificultad a lo largo de nuestras vidas.

A nuestras madres Marlene y Mildred, que con sus demostraciones de madres ejemplares nos han enseñado a no desfallecer, ni rendirnos ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A nuestros hermanos y amigos, por el amor, el apoyo, la paciencia y palabras de ánimo para seguir adelante en nuestro compromiso académico.

A Albeiro, por acompañarme durante todo este arduo camino, compartir conmigo alegrías y fracasos y recordarme que si puedo.

A todos y cada uno de los profesores que participaron en este proceso formativo, por su dedicación, compromiso, entrega y estímulo permanente.

Al profesor Lenno Rojas, tutor de tesis, por su valiosa guía, amor, confianza, asesoramiento y esfuerzo en la realización de la misma.

A la profesora Rosalía Uzcátegui, por siempre estar para nosotras, por creer en nuestras capacidades y motivarnos a dar lo mejor de ambas.

Al profesor Endri Mercado y a Vicmar Araque, personas muy especiales quienes dieron origen a esta idea de investigación.

A la ilustre Universidad de Los Andes (ULA) y al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), por ser nuestra casa de formación académica, y a todos los profesores, mil gracias porque formaron parte de lo que ahora somos.

Gracias a todas las personas que nos ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto, siempre serán parte de un gran momento para nosotras.

Albany Cuevas y Betzy Pernía.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Índice general.....	iii
Índice de cuadros.....	v
Índice de tablas.....	vi
RESUMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	3
Planteamiento del problema.....	3
Formulación de la pregunta.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	8
Justificación.....	8
Alcances y limitaciones.....	9
Línea de investigación.....	10
Consideraciones éticas.....	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	13
Antecedentes de la Investigación.....	13
Bases Teóricas.....	19
Modelo de Enfermería que sustenta los cuidados <i>post mortem</i>	33
Teoría del Entorno de Florence Nightingale.....	34
Bases Legales.....	35
Sistema y Operacionalización de la Variable.....	36
Operacionalización de la Variable.....	37

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	39
Enfoque de la investigación.....	39
Tipo y Diseño de la Investigación.....	39
Modalidad Proyecto Factible.....	40
Población, Muestra y Muestreo.....	44
Muestra y Muestreo.....	44
Muestreo estratificado con afijación proporcional.....	45
Instrumento para la Recolección de datos.....	47
Validez del instrumento	47
Confiabilidad del instrumento.....	51
Procedimiento para la Recolección de Datos.....	51
Técnica para el Análisis de Datos.....	52
 CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	 53
 CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	 64
Conclusiones y recomendaciones.....	64
 CAPÍTULO VI. PROPUESTA	 67
Fundamentación de la propuesta.....	67
Justificación de la propuesta.....	68
Objetivos específicos.....	69
Objetivo terminal.....	69
Recursos necesarios para el protocolo de cuidados <i>post mortem</i>	69
Factibilidad de la propuesta.....	70
Metodología de la propuesta.....	70
Descripción de la propuesta.....	70
Protocolo de cuidados <i>post mortem</i>	72
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 90

ANEXO “A” CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA A TRAVÉS DEL COEFICIENTE ALFA DE CROBACH.....	100
ANEXO “B” ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	102
ANEXO “C” PAGINA DE APROBACIÓN.....	103
ANEXO “D” CONSTANCIA DE VALIDACIÓN.....	104
ANEXO “E” CONSTANCIA DE VALIDACIÓN.....	105
ANEXO “F” CONSTANCIA DE VALIDACIÓN.....	106
ANEXO “G” SOLICITUD PARA LA APLICACIÓN DE PRUEBA PILOTO.....	107
ANEXO “H” INSTRUMENTO.....	108
ANEXO “I” DIRECCIÓN DE DOCENCIA DE INVESTIGACIÓN DEL IAHULA....	112
ANEXO “J” SOLICITUD DEL LABORATORIO.....	113
ANEXO “K” LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE CUIDADOS <i>POST MORTEM</i>	114
ANEXO “L” CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE CUIDADOS <i>POST MORTEM</i>	117
ANEXO “M” CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE CUIDADOS <i>POST MORTEM</i>	118
ANEXO “N” CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE CUIDADOS <i>POST MORTEM</i>	119

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadros		Pág
1	Operacionalización de la variable.....	37
2	Parámetro fórmula propuesta por Malhotra, para hallar muestra de la población.....	44
3	Aplicación de la fórmula propuesta por Malhotra, para hallar muestra total de los profesionales de enfermería que laboran en el IAHULA. Mérida. Agosto 2024.....	45
4	Clasificación de los niveles de fiabilidad según el Alfa de Cronbach.....	51

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE TABLAS

Tablas	Pág
1 Muestreo estratificado por área de servicio en el IAHULA. Agosto 2024.....	46
2 Validez de contenido del cuestionario “Propuesta de un Protocolo para el Cuidado <i>Post Mortem</i> , dirigido al personal de Enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), agosto 2024 – febrero 2025”.....	49
3 Datos sociodemográficos del profesional de enfermería que labora en el IAHULA. Indicadores: Edad, género.....	54
4 Dimensión: Normas de bioseguridad. Indicadores: Medidas de bioseguridad.....	56
5 Dimensión: Amortajamiento. Indicadores: Privacidad, cerrar los ojos, aspiración de secreciones, cerrar la boca.....	57
6 Dimensión: Amortajamiento. Posiciones corporales, desconexión de material invasivo.....	59
7 Dimensión: Amortajamiento. Indicadores: Higiene corporal y envoltura del cuerpo.	60
8 Dimensión: Amortajamiento. Indicadores: Participación de los familiares y Preparación para el traslado.....	62
9 Dimensión: Registros de enfermería. Indicadores: Organización de la historia clínica, actualización del kárdex de enfermería.....	63



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA EL CUIDADO *POST MORTEM*, DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA), AGOSTO 2024 – FEBRERO 2025.

Autoras: Cuevas A. Albany M.

Pernía R. Betzy A.

Tutor: Prof. Rojas, Jackson L.

Año: 2025

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo general; Proponer un protocolo para el *cuidado post mortem* dirigido al profesional de enfermería que laboran en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, período agosto 2024 – febrero 2025. Se realizó un estudio de naturaleza no experimental, enfoque cuantitativo, de tipo proyectivo, con diseño de campo y corte transversal bajo la modalidad de proyecto factible. Se realizó un muestreo aleatorio simple en el cual se tomó una muestra de 107 profesionales de enfermería. Se diseñó un instrumento validado por tres especialistas en el área bajo la técnica “Juicio de Expertos” y una validez de contenido, con una confiabilidad de 0.875 bajo el empleo del Alfa de Cronbach. Los resultados arrojaron para la dimensión datos sociodemográficos, que la mayoría de los encuestados tenían edades comprendidas entre 26 a 35 años, eran de género femenino, Licenciados en Enfermería, tenían menos de 10 años de servicio, laboraban en el turno de 12 horas y eran de religión católica. Para la dimensión normas de bioseguridad manifestaron que siempre realizaban la higiene de manos, utilizaban bata desechable, gorro, tapaboca, guantes mientras se ejecutaban los cuidados *post mortem* y nunca los lentes de seguridad. En cuanto a la dimensión amortajamiento, manifestaron que siempre cerraron cortinas o colocaron biombos, cerraron ojos y boca ejerciendo leve presión sobre ellos por unos minutos, colocaron el cuerpo en posición decúbito mientras realizaban la higiene con agua y jabón. Así mismo, siempre retiraron la totalidad del material invasivo del cuerpo, cubrieron el cuerpo del fallecido hasta el nivel del cuello, por si la familia deseaba verlo, permitiéndole estar junto al paciente durante unos minutos para despedirse, siempre envolvieron el cuerpo, además de colocarle etiquetas identificativas. No obstante, nunca aplicaron presión sobre el abdomen para eliminar todo fluido corporal, nunca aspiraron la cavidad buconasofaríngea, nunca colocaron la prótesis dental en la boca para evitar deformidad facial, nunca colocaron una almohada debajo de la cabeza para evitar la hipostasia sanguínea. Para la dimensión registros de enfermería, siempre revisaron que el acta de defunción estuviera completa, que todos los registros de enfermería estén en orden, siempre registraron la hora, fecha, motivo de la muerte y describieron cada uno de los cuidados que se realizaron en la evolución de enfermería. A partir de la fase diagnóstica, se diseñó la propuesta de un protocolo para el cuidado *post mortem* dirigido al profesional de enfermería que labora en el IAHULA.

Palabras clave: Cuidados *post mortem*, protocolo, amortajamiento.

INTRODUCCIÓN

El cuidado *post mortem* es un aspecto crucial en la atención de salud, ya que se refiere a las prácticas realizadas por el profesional de enfermería tras el fallecimiento de un paciente. Este proceso no solo implica el manejo del cuerpo, sino también el respeto a la dignidad humana y el apoyo a la familia en esos momentos de profunda tristeza. Para los profesionales de enfermería, este cuidado representa una responsabilidad significativa, la cual requiere tanto habilidades técnicas como sensibilidad emocional, debido a que estos profesionales son los primeros en interactuar con el cuerpo del fallecido, y su actuación puede influir en la percepción de la muerte por parte de la familia.

En este sentido, la atención *post mortem* es una parte fundamental del proceso de cuidado en el ámbito de la salud, que a menudo es pasada por alto, de esta manera, es esencial que los profesionales de enfermería estén equipados con un protocolo claro y efectivo para llevar a cabo estas funciones, garantizando el respeto y la dignidad del paciente fallecido, como también el apoyo a los familiares.

En tal sentido, el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), es una institución compleja, donde es frecuente que los cuidados *post mortem* se vean determinados por diferentes situaciones que no se adaptan a las necesidades del fallecido. Es por ello, que el propósito de esta investigación es diseñar un protocolo que permita ayudar a los profesionales de enfermería a estandarizar los cuidados y a realizar sus funciones de manera eficiente y con mayor confianza.

Además, la implementación de un protocolo para el cuidado *post mortem* dirigido al profesional de enfermería no solo mejora la calidad de la atención, sino también fomenta un ambiente de respeto y compasión en un momento de gran vulnerabilidad. Aunado a esto, al preparar a los profesionales con las herramientas necesarias para llevar a cabo estos cuidados, se espera que puedan contribuir de manera significativa a la experiencia de despedida de los familiares y asegurar que el proceso se maneje con la dignidad que merece cada difunto.

Ante lo expuesto, se consideró pertinente llevar a cabo una investigación cuyo objetivo general fue proponer un protocolo para el cuidado *post mortem* dirigido al profesional de enfermería que

labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes Mérida estado Mérida, período agosto 2024 – febrero 2025.

Al respecto, la investigación quedó estructurada de la siguiente manera: Capítulo I, El Problema de Investigación, planteamiento del problema, formulación de la pregunta, objetivos de la investigación (general y específicos), justificación de la investigación, alcances y limitaciones, línea de investigación y consideraciones éticas. Capítulo II, Marco Teórico, donde se exponen los antecedentes, bases teóricas del estudio, modelo de enfermería, bases legales, sistema de variables y su Operacionalización. Capítulo III, Marco Metodológico, el cual enfoca la metodología que se utilizó para el estudio, esto es, lo referente al tipo y diseño de la investigación; modalidad de proyecto factible, la población de estudio, la técnica e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, procedimiento para la recolección de datos y técnica para el análisis de datos. Capítulo IV, donde se presentaron los datos y se analizaron los resultados. Capítulo V, conclusiones y recomendaciones. Capítulo VI propuesta, fundamentación de la propuesta, justificación de la propuesta, objetivos (específico y terminal) de la propuesta, recursos necesarios, factibilidad de la propuesta, metodología de la propuesta, descripción de la propuesta y el protocolo. Además, se incluyeron las referencias bibliográficas y los anexos pertinentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La enfermería como ciencia, es un compendio de conocimiento teórico que soporta sus metas y principios, además de poseer una metodología propia basada en evidencia, que dirige al cuidado desde un enfoque holístico a todo individuo. Dicho de otro modo, la enfermería dirige los cuidados hacia el individuo o la colectividad de manera integral, otorga su atención a todas las esferas que conforman al ser humano (León, 2016). En este contexto, existen dos enfoques que fundamentan la enfermería y le permiten ejercer el cuidado, el primero es la teoría conceptual que nutre la enfermería como ciencia; y el segundo, el juicio crítico, derivado de la intuición y análisis, que otorga la estética creadora en la enfermería como arte, por lo que dichos aspectos condicionan la naturaleza del cuidado y prestan los cimientos para su cumplimiento.

De esta manera, el cuidado le exige al profesional de enfermería el discernimiento entre sus conocimientos y experiencias, siendo la forma más factible de proceder, no sin antes considerar la situación en la que se desenvuelven la atención y las necesidades que haya de satisfacer. En tal sentido, los cuidados van dirigidos a la vida y su preservación; sin embargo, la muerte, define el final de la vida, y como parte de la misma, representa un acontecimiento inevitable para la humanidad, por consiguiente, los cuidados deben abarcar este escenario.

Al respecto, Duran (2017), desde la perspectiva científica señala:

La muerte es un fenómeno irreversible que es la parte final de la vida, es un evento ineludible con el que termina el ciclo de la vida de todos los seres vivos, cese de todos los procesos fisiológicos y químicos que ocurren siempre en todos los órganos vivientes. (p. 11).

Así mismo, García, et al., (2012, como se citó en Silva y Torres, 2019), señalan que la muerte “es concebida como el término y el límite de la vida, en donde el organismo es incapaz de sostener su homeostasis, sobreviniendo así el daño definitivo y el cese de todas las funciones vitales” (p. 78). Sin embargo, estos conceptos no solo implican la desaparición física, sino también una serie de implicaciones emocionales y existenciales que afectan tanto al profesional de enfermería como a sus familiares y personas cercanas. Es por ello, que la muerte como suceso irremediable, compromete especialmente al profesional de enfermería a prestar cuidados que integren al usuario y sus parientes, en la lucha con el dolor, el temor y la inseguridad que pudiera existir durante su acompañamiento (Freitas et al., 2016).

Bajo esta perspectiva, Marrero y García (2019), indagan en el hecho de:

Enfrentarse por parte de la enfermera al hecho de morir, es un proceso doloroso y de difícil aceptación. Las enfermeras sienten que trasciende a su vida personal debido a su implicación en el cuidado de forma empática tanto con el paciente como con sus familiares. (p. 3).

Sucede entonces, que el profesional de enfermería busca la manera de hacer frente a la muerte del paciente, sin dejar de lado su responsabilidad, tal y como lo expresa, Chiplaskey (2014, como se citó en Allauca y Badillo, 2019), “El momento de la muerte de un paciente es un momento solemne, cargado de sentimientos, no todos coherentes o lógicos, en el que de manera regular el personal de enfermería es el encargado de dar esta parte de la atención” (p. 3).

Ahora bien, haciendo referencia a nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), determina a través de sus estadísticas que la mortalidad ha ido en aumento en el último quinquenio. Entre sus proyecciones, el informe estadístico refleja que el total de muertes anuales a nivel global alcanzará los 90 millones para el año 2048, atribuyéndose 77 millones a enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Estas cifras contribuyen al hecho de que la muerte es un evento inevitable, destacando que a nivel hospitalario se hace mucho más tangible este proceso, por lo que los profesionales de enfermería se ven involucrados directamente y en primera instancia, ya que la enfermería es la ciencia de los cuidados, desde que el ser nace hasta que fallece.

Por su parte, en Venezuela, el Instituto Nacional de Estadística (INE), en su resumen publicado en el año 2024, hace referencia que la tasa de mortalidad bruta para el año 2020 es de 5,6 por cada 1000 habitantes, estimando en sus proyecciones un aumento de la misma de 0,4 para el año 2025. A su vez, a nivel local, de acuerdo al Departamento de Registro y Estadística de la Salud del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), en el período 2019 – 2024, la mortalidad hospitalaria de dicha institución alcanzó la cifra de 9.170 fallecidos, resaltando que para el año 2023 hubo un total de 1366 fallecidos y hasta el mes de septiembre del año 2024, 1037. En consecuencia, estas cifras ponen a prueba al sistema de salud, la capacidad de manejo adecuado para los fallecidos, como a su vez el sistema de soporte que ayude a los familiares, dejando en evidencia la importancia de técnicas claras y recursos que garanticen un manejo digno y respetuoso a los fallecidos.

Ante lo expuesto, es imprescindible señalar, la importancia del profesional de enfermería no solo en el proceso de muerte dentro del ámbito hospitalario, sino además en los cuidados que deben realizarse al fallecido, es decir, los cuidados *post mortem*, implican un abordaje complejo y holístico a través de intervenciones pertinentes que se adecúen a la situación. Al respecto, Kao, et al., (2011, como se citó en Contreras, 2024), señalan “los cuidados *post mortem* son un conjunto de procedimientos realizados para preparar el cuerpo del fallecido, garantizando el respeto y dignidad del mismo (p.11). De igual forma, Muñoz et al., (2020), menciona “los cuidados *post mortem* son aquellos cuidados realizados al paciente fallecido y a su familia tras su muerte; a lo que procede lo que se denomina agonía (p. 751).

En este mismo orden de ideas, de acuerdo a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, en su séptima edición (NIC 2018, como se citó en Butcher, 2018), plantea que los cuidados *post mortem* “son aquellos dirigidos a proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo a la familia” (p. 167). Por lo que su enfoque integral va dirigido a realizar el cuidado físico del fallecido como las necesidades emocionales de los familiares y allegados, aunado a ello, queda confirmado que estos cuidados representan intervenciones propias de los profesionales de enfermería, pues tal y como lo exponen, son estos profesionales los encargados de proporcionarlos.

Asimismo, García (2020, como se citó en Cherrez et al., 2023) establece “los cuidados post mortem se proporcionan a cadáveres para conservar su estado corporal hasta el momento de su traslado. Antes de un traslado el fallecido debe recibir los cuidados pertinentes por parte del profesional de enfermería”. (p. 9). Del mismo modo, Gharzaryan y Guillem (2023) determinan la responsabilidad del profesional de enfermería en ejecutar los cuidados *post mortem*, al mencionar:

Este tipo de cuidados incluyen aspectos e individuos que integran un círculo amplio de necesidades sociales, culturales y emocionales, que se tornan como uno de los retos más difíciles precisamente por su demanda en la toma de decisiones, razonamiento y la necesidad de generar empatía, por lo que se busca que el profesional de enfermería mantenga un enfoque integral que le permita desempeñarse de manera efectiva ante dicha situación (p.5).

No obstante, se hace relevante destacar que como consecuencia a este escenario, se suscitan una serie de reacciones-acciones por cada una de las partes involucradas, contribuyendo al complejo proceso psicoemocional que se expresa en una amplia gama de pensamientos, sentimientos, emociones y acciones. Sin embargo, resulta lógico suponer la incertidumbre y el temor inherentes en el fallecimiento de un individuo, sus connotaciones psicológicas y sociales, la responsabilidad de pertenecer al equipo de salud garante de dicha situación, como a su vez, el compromiso de ser el principal profesional al momento de proporcionar la atención y los cuidados, son escenarios que evidentemente pueden persuadir la ejecución de los cuidados *post mortem*.

Bajo esta perspectiva, las autoras de la investigación, por evidencias propias durante sus prácticas hospitalarias, observaron con preocupación cómo algunos miembros que integran el equipo de enfermería en diferentes servicios del IAHULA, no realizaban los *cuidados post mortem* de manera correcta, esto relativo a la posible falta de conocimiento sobre las técnicas de amortajamiento, la sobrecarga de trabajo, el número de pacientes hospitalizados y la falta de profesionales de enfermería en la institución. Sin embargo, pareciera que existiera una falta de compromiso ante la práctica de estos cuidados, ya que se observa poca sensibilidad ante el suceso, como también un escaso uso de intervenciones oportunas, evadiendo de esta manera la responsabilidad y postergando el cumplimiento de los mismos.

Ante la situación planteada, cabe afirmar que el profesional de enfermería debe estar capacitado para enfrentarse a los nuevos escenarios que se presentan en su práctica profesional, pese a ello, es necesaria la gestión adecuada de los cuidados, el criterio clínico y el análisis de situaciones previas similares con el fin de elegir la mejor línea de acción. En tal sentido y teniendo en cuenta la problemática anteriormente expuesta, es imperativa la necesidad de diseñar un protocolo estandarizado para el abordaje de enfermería en los cuidados *post mortem*, de modo que facilite y garantice su ejecución de la manera óptima. En base a lo planteado anteriormente surge la siguiente interrogante:

1.2 Formulación de la Pregunta

¿Cómo son los cuidados *post mortem* que realiza el profesional de enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo agosto 2024 - febrero 2025? La respuesta a esta interrogante servirá de marco referencial para direccionar los objetivos y a la vez, ofrecer una alternativa de solución al problema planteado.

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General:

- Proponer un protocolo de cuidado *post mortem* dirigido al profesional de enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes Mérida estado Mérida, período agosto 2024 – febrero 2025.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas del profesional de enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

- Conocer las medidas de bioseguridad que realiza el profesional de enfermería durante los cuidados *post mortem* en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
- Diagnosticar las técnicas de amortajamiento que aplica el profesional de enfermería en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
- Indagar sobre los registros que realiza el profesional de enfermería durante los cuidados *post mortem* en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
- Establecer la factibilidad de un protocolo sobre cuidados *post mortem* para el profesional de enfermería en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
- Diseñar la propuesta del protocolo de cuidados *post mortem* para el profesional de enfermería en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
- Validar el diseño de un protocolo de cuidados *post mortem* para el profesional de enfermería en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

1.4 Justificación e Importancia de la Investigación.

La realización de los cuidados *post mortem*, como parte del rol de enfermería, se realizan más de manera empírica usualmente fundamentada en las políticas institucionales de cada centro de salud. Sin embargo, el profesional de enfermería es autónomo en su realización, pues cumple los cuidados en base a su experiencia y criterio clínico. Como es bien sabido que, durante la formación del profesional, los cuidados *post mortem* se ven reflejado en las nociones básicas de la enfermería asistencial, no obstante, carecen de respaldo y no se les otorga la relevancia necesaria en el pensum de estudios. De esta manera, se justifica la importancia de la investigación desde los siguientes puntos de vista a saber:

Desde el punto de vista teórico, su importancia se refleja en la revisión y análisis de las diferentes teorías fundamentada en conceptualizaciones que orientan los cuidados *post mortem*, basadas en información actualizada de referencias bibliográficas, las cuales permiten más tarde ser un antecedente teórico para otros estudios relacionado con el tema.

Desde el punto de vista práctico, este estudio contribuirá a mejorar la preparación y capacitación de los profesionales de enfermería, ya que se podrán identificar posibles necesidades para enfrentar los cuidados de enfermería a la persona en estado *post mortem*, como resultado se beneficiará la calidad en la atención brindada a los fallecidos y sus familias.

Desde la relevancia social, el diseño de un protocolo sobre los cuidados *post mortem*, permitirá al Hospital Universitario Los Andes la estandarización de los cuidados de manera que se puedan realizar un abordaje no solo integral del usuario fallecido, sino además un abordaje emocional de los familiares y allegados, así mismo, el aporte a esta institución de aspectos éticos, emocionales, culturales y sanitarios precisamente por la complejidad que demanda este tipo de acontecimientos.

Desde el aporte metodológico, los resultados de este estudio servirán como referencias para futuras investigaciones relacionadas a este tema de interés, por lo que puede ser usado como evidencia científica y como antecedentes para próximos estudios.

1.5 Alcances y Limitaciones

1.5.1 Alcances

La presente investigación tiene como propuesta el diseño de un protocolo estandarizado de intervenciones de enfermería *post mortem* que garanticen el cuidado luego de la vida y mantengan la dignidad del paciente, con la finalidad de establecer un manejo adecuado ante la situación planteada y optimizar el servicio cuando proceda. Igualmente, se aspira que este trabajo de investigación motive futuras investigaciones, aporte datos relevantes que sirvan de antecedentes a otros estudios similares y que la información aquí presente sea aplicable para los profesionales de enfermería y abarque instituciones hospitalarias tanto públicas y privadas a nivel estatal como nacional.

1.5.2 Limitaciones

Las limitaciones u obstáculos que se presentaron en el desarrollo de la investigación se encuentran asociadas a la falta de antecedentes regionales y nacionales, como también estudios actualizados sobre el tema a abordar.

1.6 Línea de investigación

La Universidad de Los Andes, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, en conjunto, se encargan de la formación integral de los estudiantes que allí hacen vida, donde se planteó como último requisito para optar al título de Licenciados (as) en Enfermería, se realizará un Trabajo Especial de Grado, y para este particular la investigación se enmarcó en los *cuidados post mortem* que debe realizar el profesional de enfermería. Esta búsqueda se encuentra ligado al Desarrollo Profesional de Enfermería, del grupo de investigación “Historia y Pensamiento Enfermero” adscrito al Departamento de Enfermería en Fundamentos Clínicos y Quirúrgicos.

1.7 Consideraciones Éticas

En el desarrollo de esta investigación se tuvo como referencia los aspectos éticos que requiere todo proceso investigativo, destacando el Código Deontológico de Enfermería en Venezuela (2008), en sus fundamentos éticos:

- Autonomía: todo profesional de la enfermería tiene derecho a ser autónomo, lo que significa que una vez informado acerca del estudio que se está realizando, puede ser parte o no de la investigación en cualquiera de sus etapas.
- Beneficencia: una vez culminado el recaudo de la información de la investigación, se dará a conocer los alcances obtenidos con un panel de expertos partícipes del estudio con el propósito de diligenciar la mejor manera del cuidado.
- No maleficencia: este estudio no ocasionará ningún perjuicio o conflicto a los profesionales de enfermería que colaboren en él.

- Justicia: se les garantiza a todos los colaboradores de la investigación que tendrán un trato ecuánime, discreción de su identidad y el uso de la información dada será para fines únicamente científicos.

Asimismo, la Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2005), en su artículo 4, el cual menciona que el ejercicio de la profesión de enfermería también abarca las áreas de docencia e investigación en todas las dependencias que presten servicios de salud, ya sean públicas o privadas. Como también, el artículo 17, que hace referencia al secreto profesional, refiriendo “toda información recopilada en el ejercicio de su profesión debe mantenerse resguardada y así conservar la dignidad humana y el honor de la profesión” (p.5).

Del mismo modo, se tuvo como prioridad el consentimiento del profesional de Enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, a quienes se les manifestó con anticipación el objetivo de este estudio, respetando en todo momento sus derechos como ser humano, revelándoles el acceso de forma voluntaria a de dicha investigación y que los datos adquiridos solo se manejarán para los fines propuestos de este estudio.

A su vez, se consideró pertinente tener en cuenta los criterios del Código de Ética del Investigador Holístico señalado por Hurtado (2002), los cuales abarcan que toda investigación debe:

- Basarse en la búsqueda del conocimiento, dirigirse hacia necesidades concretas y proponer soluciones creativas.
- Seguir los lineamientos metodológicos que garanticen su calidad y originalidad, según sea su tipo y diseño.
- Priorizar el respeto al ser humano, en su condición social, individual y colectiva.
- Garantizar una correcta aplicación de instrumentos para la recolección de datos, que se adapte al contexto de la investigación, así como el análisis de la información posteriormente.
- Reconocer el trabajo de colaboradores individuales o institucionales que aporten a la investigación.

- Definir las fuentes de información, de cualquier naturaleza, de acuerdo a los objetivos de la investigación.
- Contribuir al conocimiento, fortalecer el saber y aportar al método científico.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El estudio y análisis de la presente investigación se centró en el propósito de detallar el objetivo general ajustado en proponer un protocolo de cuidados *post mortem* dirigido al profesional de enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

A continuación, se presentan un conjunto de aspectos teóricos que fundamentan el problema de investigación, con el propósito de enriquecer la información, también se insertan los antecedentes relacionados con el trabajo de investigación y se contemplan las bases teorías que se relacionan con la temática tratada dando sentido a la variable en estudio.

2.1 Antecedentes de la Investigación

Al respecto, Fernández-Silva, et al., (2024), en Uruguay, realizaron una investigación titulada: *Actitudes ante la muerte en profesionales de enfermería latinoamericanos: una revisión integrativa*, el objetivo de la investigación fue analizar las actitudes ante la muerte en profesionales de enfermería de acuerdo con las publicaciones científicas en el contexto latinoamericano en el período 2018 a 2022. Para ello, se utilizó una revisión de literatura integrativa de las publicaciones científicas latinoamericanas respecto de las actitudes ante la muerte en el contexto de la enfermería, empleando los siguientes términos estandarizados: actitud, muerte, enfermería y cuidados de enfermería. Se incluyeron 8 artículos publicados en el período definido, en idioma español y portugués, en los que se abordó explícitamente la temática de la revisión. La información de los artículos fue analizada tomando como referencia los conceptos de la teoría de las transiciones.

Se encontraron diseños tanto cuantitativos (50%) como cualitativos (50 %), elaborados en su totalidad en el ámbito hospitalario. Los principales resultados dieron cuenta del predominio de la indiferencia ante la muerte en el contexto de los cuidados. Los autores concluyeron que se carece

de orientaciones técnicas generales respecto de los cuidados dirigidos al muriente en contextos diferentes a los cuidados paliativos, es decir, el manejo *post mortem*, más allá del propio manejo del cadáver, vinculando a su vez no solo los aspectos éticos, sino también cuidados de índole psicosocial. Es por ello que se hizo necesaria la producción de investigaciones relativas al tema, pues es escasa en Latinoamérica. Se determinó que las experiencias de pérdidas cercanas, la capacitación y el soporte institucional podrían asentar la base para contribuir a una mejor actitud hacia la muerte.

Por su parte, Contreras (2024), en Ecuador, realizó una investigación titulada *Programa de intervención para educar estudiantes auxiliares de enfermería sobre los cuidados postmortem en un instituto privado en Ecuador*. El propósito de la investigación era incrementar el conocimiento teórico, mejorar las habilidades prácticas y desarrollar competencias emocionales y de comunicación en cuidados *post mortem*. La metodología utilizada fue un enfoque cuantitativo, de diseño experimental con una muestra de 15 estudiantes, para poner a prueba la efectividad del programa de intervención educativa "Manos que Cuidan" dirigido a estudiantes auxiliares de enfermería en cuidados *post mortem*. Se utilizó la metodología basadas en simulaciones de alta fidelidad, prácticas supervisadas y sesiones de manejo emocional.

Los resultados mostraron una mejora significativa en todas las áreas evaluadas, destacándose especialmente en el cumplimiento de las medidas de higiene y seguridad, así como en la gestión emocional y la comunicación con las familias. Se concluye que la intervención educativa es una herramienta efectiva para preparar a los estudiantes en los cuidados *post mortem*, recomendándose su implementación en programas de formación de enfermería.

Por otro lado, De Oliveira, et al., (2023), en Brasil, realizaron un estudio titulado *La importancia del cuidado de enfermería frente al cuidado del cuerpo después de la muerte: una revisión bibliográfica*. Su objetivo principal consistió en conocer la importancia de los cuidados de enfermería en la preparación del cuerpo después de la muerte. Dicho objetivo fue alcanzado mediante una metodología cualitativa, a través de una revisión bibliográfica y exploratoria. La recolección de datos ocurrió en las bases de datos BDENF, SciELO y LILACS en los últimos 10 años, utilizando el DECS: Actitud ante la Muerte, Cuidado de Enfermería, Enfermería y Muerte,

incluyendo estudios originales analizados mediante la técnica de Bardin, esta búsqueda concluyó en un total de 2.522 publicaciones de las cuales, según los criterios de inclusión y las preguntas norteadoras, se tomaron 10 artículos para su posterior análisis.

Los resultados mostraron que muchos profesionales, en el cuidado del cuerpo *post mortem*, actúan de forma mecanizada, realizando la preparación de forma técnica, olvidando la humanización en el trato con el individuo sin vida y la familia en duelo. En ese sentido, el cuidado del equipo de enfermería en el cuerpo después de la muerte es fundamental, ya que está intrínsecamente ligado a una relación basada en la ética y el respeto por la persona que está muriendo, como los familiares en duelo, y debe demostrar empatía y humanización.

Se hace evidente la necesidad de una educación continua para instruir a estos profesionales a actuar correctamente, ante los sentimientos de dolor y sufrimiento en este momento. Se concluye que el equipo de enfermería juega un papel fundamental en el proceso de cuidado del cuerpo después de la muerte, ya que estos profesionales están estrechamente vinculados tanto a la familia en duelo como al propio cuerpo moribundo. Corresponde entonces a estos profesionales mostrar empatía a los familiares, en el desempeño de un trabajo basado en la ética y la humanización profesional.

En otro orden de ideas, Ghazaryan y Guillem (2023), en España, realizaron una investigación que tuvo por nombre *Responsabilidades éticas acerca de los cuidados post-mortem desde una perspectiva holística*, en el cual su objetivo fue comprobar si los protocolos *post mortem* actuales recogen las necesidades del paciente fallecido, de su familia y del propio personal y conocer si están los hospitales adaptados a todas las situaciones en las que se pueden donar la muerte y para todos los usuarios. El estudio fue una metodología tipo cualitativa y una revisión bibliográfica, con el objetivo de obtener una comprensión más profunda de la experiencia de las enfermeras en relación a los cuidados *post mortem* desde una visión holística.

Con respecto a la técnica se llevó a cabo una revisión de artículos mediante una búsqueda sistemática en las bases de datos Dialnet, Google Académico, Scopus, PubMed y Cinahl., donde se seleccionaron los 12 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. Para

complementar la revisión bibliográfica, se diseñó una guía de preguntas abiertas con el propósito de obtener información detallada y relevante directamente de las enfermeras. Como resultados se obtuvo que, tras la revisión bibliográfica y las entrevistas a las enfermeras, se encontraron 12 artículos relevantes con el tema a tratar y se realizaron 4 entrevistas a diferentes enfermeras de diferentes servicios para conocer su punto de vista.

Sus conclusiones fueron que los protocolos *post mortem* deben abordar las necesidades de los pacientes fallecidos, sus familias y el personal sanitario. Es crucial considerar las dimensiones culturales y religiosas, así como brindar apoyo emocional tanto al personal como a las familias. Existe una clara evidencia de la falta de formación del personal sobre el manejo de la muerte y del duelo, así como de individualizar los cuidados *post mortem* y también una carencia de conocimientos básicos de las tradiciones, concretamente a la hora de morir.

A su vez, Cherrez et al., (2023), en Ecuador, realizaron una investigación titulada *Calidad de atención de enfermería y su repercusión en cuidados portmortem*. El objetivo de la investigación fue valorar la calidad de atención de enfermería y su repercusión en cuidados *post mortem*. Fue un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuali-cuantitativo de tipo no probabilístico en el Hospital General Teófilo Dávila, por muestreo de conveniencia con una participaron de 71 profesionales de enfermería que laboran en las áreas de emergencia, medicina interna, neonatología y unidad de cuidados intensivos. En cuanto a la técnica utilizada fue aplicado un cuestionario de 10 preguntas de opción múltiple como herramienta para la recolección de datos con el objetivo de evaluar el conocimiento del personal de enfermería sobre la atención de pacientes *post mortem*, el cual se dividió en 4 dimensiones: Protocolos dentro de la unidad de Salud, Contacto con el paciente *post mortem*, Preparación de paciente *post mortem* y ¿Se moviliza a otra habitación al fallecido para evitar un ambiente incómodo para los demás?.

Como resultado se obtuvo que el 82,4% (n)=42 dijeron que no existen protocolos de cuidados de enfermería *post mortem* dentro de Hospital General Teófilo Dávila, mientras que el 17,6% (n)=9 que no. Así mismo el 76,5% (n)=46 contestaron que no aplican de manera correcta los protocolos, por el contrario, el 23,5 (n)=5 respondieron que sí. Finalmente se obtuvo como

conclusión que dentro de los hospitales si existen protocolos que ayudan al personal de salud a poder brindar cuidados *post mortem* y a una mejor aplicación de ellos.

Igualmente, Manta y Huaranga (2020), en Perú, realizaron un estudio titulado *Actitud del profesional de enfermería frente a la muerte del paciente en el servicio de emergencias del Hospital José Casimiro Ulloa. 2020, Lima Perú*, cuyo objetivo fue determinar la actitud del profesional de Enfermería frente a la muerte del paciente en el servicio de emergencias del Hospital Casimiro Ulloa. Fue un estudio es de tipo cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo simple de corte transversal, la población estuvo conformada por 30 profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de emergencias, a la que considero una población finita y delimitada.

En cuanto a la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario de tipo escala Likert, el cual estuvo conformado por 15 preguntas que contenía 3 dimensiones: psicoemocional, espiritual y fisiológica, con una escala de nunca (01), a veces (02) y siempre (03). En cuanto a los resultados se obtuvo que la actitud del profesional de enfermería frente a la muerte del paciente es de aceptación con un 93.3% (28), esto indica la predisposición para la aceptación y adhesión orientados a la prudencia y el respeto de la dignidad de la persona, para tratar de comprender la realidad de una mejor forma y poderse enfocar en aquellas actividades que sean beneficiosos para el paciente fallecido. Por otro lado, se puede observar que solo el 6.7% (2) a veces mostraba una actitud indiferente. Conclusión: La actitud del profesional de enfermería frente a la muerte es de aceptación en su gran mayoría frente a la muerte del paciente en el servicio de Emergencia.

Por otra parte, Allauca y Badillo (2019), en Ecuador, realizaron una investigación titulada *Intervenciones de enfermería y su incidencia en los cuidados post mortem del área de medicina interna del Hospital General Alberto Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar, período mayo – setiembre del 2019*, el propósito de la investigación fue evidenciar de qué manera las intervenciones de enfermería inciden en los cuidados *post mortem* del área de medicina interna de dicho centro de salud. Se utilizó una metodología de tipo mixta, no experimental, descriptiva y de campo, donde recolectado los datos necesarios de una muestra conformada por 13 enfermeras, mediante una encuesta y una ficha de observación no estructurada.

A partir de la información obtenida y analizada, los autores obtuvieron como resultados que las intervenciones de las enfermeras no han sido del todo aceptables y se requiere mayor efectividad en la aplicación de los protocolos sobre todo en lo relacionado a la atención de la familia y del impacto social sobre esta y para la sociedad, lo que genera ciertos inconvenientes y malestar que deben ser atendidos para mejorar su operatividad del área. Como conclusión, las intervenciones de enfermería observadas incidieron negativamente en los cuidados *post mortem*, se presentaron limitaciones en la preparación de la familia para el duelo y las estrategias protocolarias no cubrieron las necesidades presentes en los cuidados *post mortem*, por lo que resalta la evidente carencia de intervenciones de enfermería acordes a los cuidados del paciente fallecido, que se encuentren enmarcadas en un contexto estandarizado y puedan fomentar la calidad en la atención de enfermería ante la muerte del paciente.

Finalmente, Pulgar (2019), en Chile, realizó un estudio titulado *Cuerpo muerto y ética. Responsabilidades éticas del equipo de enfermería en los cuidados postmortem*, tuvo como objetivo principal determinar la responsabilidad ética en los cuidados *post mortem* por parte del equipo de enfermería. Para esto, el autor basó su investigación en una metodología de tipo cualitativa, con una revisión bibliográfica de bases de datos científicas digitales, donde se estableció que se hace necesario en el ámbito de la salud principalmente, retomar todas las aristas y dimensiones que componen al ser humano, así como que aspectos lo hacen ser digno el tener estas dimensiones presentes, de modo que se entienda la verdadera dimensión que implica tiene el fallecimiento de una persona. Como resultado, se determinó que lidiar diariamente con la muerte no descartó el hecho de que cada fallecimiento tiene características particulares que lo hacen único, por ende, debe garantizarse la integridad y dignidad del paciente fallecido como individuo y, así, satisfacer las necesidades del usuario en todas sus esferas.

Las antecedentes mencionados anteriormente presentan estrecha relación con el propósito de esta investigación dirigido en proponer un protocolo de cuidados *post mortem* para el profesional de enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. En este sentido, sirven de aporte por cuanto abordan aspectos teóricos y conceptuales de la problemática de estudio, así como también se utilizaron como guía en la construcción de las bases teóricas y el

diseño del instrumento de recolección de datos, aunado a ello, a partir del análisis de los resultados y las conclusiones de los mismos, se puede obtener información significativa que contribuya con la elaboración del análisis cualitativo en la interpretación de los resultados.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Cuidados *post mortem*

El termino *post mortem* según Allauca y Badillo (2019) “deriva del latín y significa después de la muerte. Por esa razón, se denominan así a los cuidados que se brinda al cuerpo del paciente después de la muerte”. (p.19). De esta manera, es esencial realizar estos cuidados ya que son fundamentales para ofrecer un trato adecuado y respetuoso tanto para el fallecido como para su familia.

Así mismo, Ghazaryan y Guillen (2023) afirman que:

Los cuidados *post mortem* son aquellos que se realizan de forma inmediata una vez se ha dado la muerte del paciente, es decir, es la preparación del paciente antes de ser trasladado a la funeraria. Cabe destacar que esta definición no tiene en cuenta la visión holística, ya que no considera el entorno de la persona ni su marco de valores y creencias. Atendiendo a esta visión, los cuidados *post mortem* forman parte del procedimiento que se realiza una vez el médico diagnosticó la muerte, con el objetivo de preparar al paciente y facilitar el traslado al servicio fúnebre y también para proporcionar a los familiares una muerte sin sufrimiento espiritual y una fase de duelo fisiológica, dónde se pueda gestionar correctamente el dolor. (p.9).

Proporcionando de esta forma los cuidados propios del cadáver para su conservación y manteniendo así la integridad física del paciente fallecido, teniendo en cuenta que en relación al fallecimiento de una persona se ven involucrados los familiares, por lo tanto, estos también requieren asistencia, es decir, este tipo de cuidados exige el cumplimiento de apoyo psicoemocional a los allegados y su entorno en este proceso de duelo.

A su vez, Reyes (2009, como se citó en Duran, 2017), expresa “cuando el paciente ha fallecido, se deben realizar los cuidados *post mortem* que son cuidados que se proporcionan al cadáver después de la muerte para conservarlo en el mejor estado posible para su traslado” (p.49). Lo que quiere decir que antes de trasladarlo al tanatorio o a las instalaciones de la funeraria, el paciente fallecido necesita una serie de intervenciones que debe proporcionar el profesional de enfermería teniendo en cuenta los protocolos existentes para mantener el cuerpo de la persona fallecida en las mejores condiciones posibles como también respetar el dolor y las creencias de los familiares y allegados.

2.2.2 Medidas de bioseguridad

La enfermería como ciencia, representa el epítome de los cuidados, cuyo basamento implica la evidencia científica. En este contexto, los cuidados para la vida, tanto como para la muerte, son verificados en la literatura, a razón de aportar el soporte necesario para su ejecución en la práctica clínica. Visto de esta forma, se pueden señalar a las medidas de bioseguridad como la primera etapa en los cuidados *post mortem*. Al respecto, Bautista, et al., (2013) las define como:

Medidas preventivas que se implementan en las instituciones para proteger la salud y disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos, los cuales están presentes en el ambiente, especialmente en el área hospitalaria. El personal de enfermería está expuesto a diferentes factores de riesgo biológico por el contacto directo e indirecto, permanente o temporal, con material orgánico proveniente de la atención de pacientes: sangre, fluidos corporales, secreciones y tejidos, o a la manipulación de instrumental contaminado. (p. 128).

De cualquier manera, dichas medidas implican la protección del profesional de enfermería, por lo tanto, se hacen indispensables para la ejecución de los cuidados *post mortem*. Por su parte, Suárez, et al., (2016), manifiesta “las medidas de bioseguridad ante la manipulación de un cadáver pueden predisponer a la contaminación por microorganismos, como resultado, se hace imperativo su cumplimiento para promover una técnica adecuada”. (p. 39). Insistiendo en la importancia de las medidas preventivas acordes, puesto que se busca igualmente proteger a los pacientes, el personal de salud y a la comunidad.

En este mismo orden de ideas, las medidas de bioseguridad para ejecutar los *cuidados post mortem*, recomendados por la literatura, abarcan la preparación del equipo e insumos a utilizar, el lavado de manos clínico con jabón o soluciones alcohólicas antisépticas, la colocación de guantes, el uso de bata desechable, en lo posible impermeable, gorro y tapabocas y el uso de anteojos de seguridad (Díaz y Bagnasco, 2012)

2.2.2.1 Lavado de manos

El lavado de manos representa un pilar fundamental para asegurar el control de infecciones, especialmente para el profesional de enfermería, puesto que es inevitable el contacto con el usuario al realizar la mayoría de los cuidados. Es en dicho aspecto, cuando el cuidado es directo, que se vuelve imprescindible este proceso, ya que “el correcto lavado de las manos cobra vital importancia para disminuir la posibilidad de transmisión de infecciones por el personal médico y de enfermería” (Sánchez y Hurtado, 2020, p. 492). En el contexto del estudio, la OMS (2009, como se citó en Cajusol, 2017) define este procedimiento en la diversidad de medidas que implican la limpieza de las manos, mediante acción mecánica por fricción con el uso de antisépticos, de modo que disminuya o se detenga la proliferación de microorganismos. Respecto a esto, Allauca y Badillo (2019) sugieren el lavado de manos clínico, con jabón antiséptico o soluciones alcoholadas al realizar los cuidados *post mortem*, especialmente posterior al procedimiento.

2.2.2.2 Uso de guantes

En segundo lugar, el uso de guantes representa un requerimiento básico en la manipulación del usuario, es la base de la prevención en la ejecución de los cuidados. Según la Norma Técnica N° 015 del Ministerio de Salud de Perú (2004, como se citó en Chauca, 2018), la utilización de guantes de hacerse “en todo procedimiento que involucre el contacto con fluidos corporales, evitando la transmisión a través de las manos” (p.23). De igual forma, Sánchez (2019) coincide con la necesidad de utilizar guantes desechables, antes de iniciar los cuidados *post mortem*

2.2.2.3 Uso de gorro, tapabocas, bata desechable y lentes de protección

En tercer lugar, las medidas de bioseguridad que protegen al profesional de enfermería son fundamentales para cualquier área hospitalaria que requiera la manipulación directa al usuario hospitalizado, indistintamente de su condición. En referencia a esto, Nazareno y Ortiz (2022) describen la importancia en el uso de dicho material, al destacar que el uso de gorro disminuye la sudoración y molestias que pudiera causar el cabello, como también reduce la contaminación por microorganismos que pudieran alojarse en el mismo. De igual manera, las autoras explican que la bata desechable permite proteger la piel del contacto con posibles fluidos y evita el transporte de los mismos en el uniforme, indicando a su vez, que la colocación correcta del tapabocas inhibe la inhalación de bacterias y su posterior diseminación. Por su parte, referente al uso de lentes de protección, Osorio (2022) expresa que la utilización de lentes protectores evita el contacto de secreciones y fluidos con la conjuntiva, sin comprometer la agudeza visual.

Ante lo expuesto, durante la ejecución de los cuidados *post mortem*, el uso de medidas de bioseguridad es un requisito esencial para la protección del profesional de enfermería, así como al resto de los usuarios y demás equipo de salud, al disminuir el riesgo de contaminación, teniendo en cuenta que este tipo de medidas representa la primera etapa en la realización de los cuidados, tal y como lo expresan, Martínez, et al., (2011) “el uso de métodos de barrera constituye uno de los primeros pasos antes de iniciar los cuidados post mortem”. (p. 17).

Por lo tanto, se puede decir que la planeación anticipada de los cuidados *post mortem* ayuda a que la atención de enfermería sea más eficaz y completa, por lo que la preparación de los materiales a utilizar favorece el uso del tiempo y los recursos, disminuye las interrupciones y optimiza los cuidados. Así mismo, la manipulación del cuerpo por parte de enfermería requiere del cumplimiento de las medidas de bioseguridad, con el fin de disminuir el riesgo de infección que representa la persona fallecida, así como la estandarización de dichas medidas como parte reglamentario durante la aplicación de los cuidados *post mortem* desde la muerte del paciente hasta su traslado a la morgue.

2.2.3 Amortajamiento

Para Reyes (2009, como se citó en Durán, 2017), el amortajamiento hace referencia:

Al conjunto de intervenciones de enfermería que se proporciona a un cadáver, el objetivo es preparar un cadáver para su inhumación o cremación, poder participar en la elaboración del duelo de los familiares en el menor tiempo y dolor posible. Proporcionar los cuidados de un paciente después de la muerte, cualesquiera que sean los procedimientos establecidos, la enfermera debe tratarlos con dignidad y respeto. (p.42)

El amortajamiento es una función propia del personal de enfermería, estos profesionales siendo encargados de proporcionar estos cuidados deberán realizarlos en la mayor intimidad y en el menor tiempo posible para evitar que aparezca la rigidez del cadáver y, posteriormente, trasladarlo al mortuario. Del mismo modo, Cánovas (2020), menciona “el amortajamiento consiste en la preparación del cadáver para que pueda ser velado por los familiares antes de su entierro o cremación” (p.701). Al mismo tiempo, señala:

El procedimiento consistirá, en primer lugar, en colocar al cadáver en decúbito supino, quitándole sondas, dispositivos y catéteres que tuviera conectados. Se le retirarán los objetos personales, se le cerrarán los ojos y boca colocándole, si es preciso, una venda desde el mentón a la cabeza. Antes de que se vaya produciendo el rigor mortis, se deben estirar los miembros. Dependiendo, de si se le va a realizar una autopsia o no, los brazos se colocarán extendidos y pegados al cuerpo o cruzados sobre el pecho. Los miembros inferiores siempre estarán estirados y alineados a la cama. A continuación, se taponarán los orificios naturales con gasas o algodones para evitar la pérdida de fluidos, se aseará el cuerpo del fallecido, se sujetarán las muñecas y los tobillos juntos con una venda o esparadrapo y se anotará el nombre en una etiqueta, que colocaremos en un lugar visible, para la identificación del cadáver. Por último, lo pasaremos a una camilla para proceder a su traslado al mortuario, haciéndolo con la mayor discreción posible, procurando que los demás pacientes de la planta no se percaten de dicho traslado. (p.701)

Al garantizar la realización exhaustiva y consecuente de cada uno de los pasos mencionados se alcanzará no solo el respeto a la dignidad e integridad de la persona fallecida, teniendo en cuenta las necesidades psicológicas y emocionales que están experimentados sus familiares, sino además se logrará un mayor manejo de las infecciones y microorganismo en el entorno.

Ahora bien, para llevar a cabo este proceso de amortajamiento, es necesario el cumplimiento de cada una de las siguientes intervenciones propias de enfermería:

2.2.3.1 Privacidad y aislamiento.

En primera instancia, ambos términos, privacidad y aislamiento, pueden confundirse, sin embargo, van de la mano en lo que representa el primer objetivo de los cuidados hacia el cuerpo de un paciente recién fallecido. Para la Real Academia Española (RAE-2024), la privacidad no es más que “el ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión”; por otro lado, el término aislamiento viene dado por Agudelo et al., (2018), quienes lo definen como la “separación de las personas [...] en lugares o condiciones que eviten o limiten la transmisión directa o indirecta del agente infeccioso a personas susceptibles” (p. 19). Consecuentemente, la privacidad y el aislamiento suponen actividades de enfermería específicos para cada uno, pero corresponden a un mismo objetivo, la intimidad del evento suscitado, es decir, la muerte del paciente.

En este contexto, para garantizar el mayor respeto y dignidad al cuerpo, se debe tener en cuenta recursos como cortinas, biombos o, dado el caso, una habitación exclusiva para realizar los cuidados *post mortem*, ya que la privacidad del cuerpo otorga tranquilidad al resto de pacientes de la unidad, especialmente cuando el ambiente es compartido por varios usuarios, tal y como lo expresan Cherrez, et al. (2023) “la privacidad del cuerpo requiere recursos humanos y materiales que optimicen los cuidados *post mortem* en esta etapa, aunado al hecho de que se vuelve necesario para la prevención de contaminación cruzada (p. 1226).

Sin embargo, existen opiniones que discrepan en la separación del cuerpo hacia un ambiente más privado. Pulgar (2019) aclara que el hecho de ocupar un espacio privado omite, de cierto

modo, la “faceta emocional y espiritual por la incomodidad que genera reflejarnos en ellos como seres vulnerables” (pp. 3 – 4). Dicho de otro modo, es una señal de querer ocultar lo que para todo ser vivo es un desenlace inevitable, dando una apariencia negativa a la muerte y todos los elementos que la acompañan. A fin de cuentas, los cuidados *post mortem* requieren tacto y técnica, al considerar al difunto tanto como individuo como riesgo potencial de infección.

2.2.3.2 Cerrar los ojos.

Cerrar los ojos en el usuario fallecido es muy importante y debe ser uno de los primeros cuidados a ejecutar, este procedimiento se realiza bajando los párpados superiores teniéndolos presionados por unos segundos o hasta que se mantengan cerrados. Socorro (2016).

2.2.3.3 Aspiración de secreciones.

Después de la muerte, ocurren una cadena de eventos que predisponen al cuerpo a acumular secreciones, en este sentido, la aspiración de secreciones representa un paso relevante al realizar los cuidados *post mortem*. Para Apagüño (2022) este procedimiento “consiste en eliminar la secreción de la cavidad buconasofaríngea lo cual se logra tras la colocación de una sonda”. (p.12). Dado el caso, se recomienda realizar esta técnica con el fin de que las secreciones acumuladas por la falta de tono muscular y extravasación de líquidos promuevan el depósito de secreciones. Por su parte, Wilson y White (2015) indican la necesidad de aspirar secreciones, dado sea el caso. Al mismo tiempo, se aconseja retirar tubos como traqueostomo o sonda nasogástrica para favorecer la aspiración y evitar el reflujo de secreciones.

2.2.3.4 Colocación de prótesis dental, cierre y sujeción de la boca.

Otro aspecto importante a considerar, es el correcto cierre de la boca del difunto, ya que esto forma parte de su armonía física, junto a la alineación corporal y el cierre de los ojos, por lo que no debe prescindirse de este cuidado. A tal efecto, Muñoz et al., (2020), describe el procedimiento siguiente:

Tras el lavado, se colocan las prótesis que el fallecido tuviera ya que esto no afectará la estética del cadáver y a la imagen que luego los familiares y los cuidadores van a percibir. Se intentará tener la boca del fallecido cerrada, utilizando si es necesario alguna venda alrededor de la cabeza para cerrarla. Esto se intenta hacer muy al principio porque si no más tarde no se podrá cerrar la mandíbula. (p.765).

La apariencia que otorga la boca cerrada y la prótesis dental en su lugar, promueve una impresión más agradable a los familiares cuando se les permita despedirse del usuario. Para ello, en primer lugar, Sánchez (2019) recomienda colocar una toalla enrollada bajo la mandíbula para cerrarla antes de que el *rigor mortis* dificulte este proceso (p.21). No obstante, se halló discrepancia con Wilson y White (2015), ya que no recomiendan el uso de vendajes para asegurar la mandíbula contra el maxilar, puesto que esto ocasiona marcas a nivel cutáneo. Al mismo tiempo, comentan que existen fisionomías que predisponen la imposibilidad de cerrar la mandíbula debido a ciertas deformidades. Por lo tanto, recomiendan ubicar una almohada detrás de la cabeza que promueva una alineación corporal correcta y el cierre de la boca (p. 11).

2.2.3.5 Posiciones corporales.

Según Martínez, et al., (2011) explica que la posición corporal en las que se debe situar el cuerpo del fallecido es “decúbito supino con la cama en posición horizontal, los brazos a ambos lados del cuerpo y tobillo juntos, para que no se produzcan deformidades en la cara y cuerpo” (p.4). Por el contrario, para Socorro (2016):

Normalmente, el cuerpo se coloca en posición de decúbito supino, bien con los brazos a los lados y las piernas hacia abajo, bien con los brazos cruzados sobre el abdomen. Se coloca una almohada debajo de la cabeza y los hombros para evitar que la sangre cambie el color de la cara al instalarse en ella. (p.373).

A su vez, Muñoz et al., (2020), establece:

Después de la muerte, el cuerpo suele ser colocado en posición supina en la cama, con una almohada debajo de la cabeza. Esta se eleva un poco para evitar la hipostasia sanguínea, que podría alterar la coloración de la cara. El cuerpo se pone en esa posición inmediatamente después de la muerte antes de que aparezca la rigidez cadavérica. (p.765)

En efecto, el mismo autor concuerda que la rigidez del cadáver se presenta progresivamente en músculos de la nuca, maseteros, cara, extremidades y el resto del cuerpo; en consecuencia, una posición decúbito dorsal y ligera elevación de la cabecera, evita deformidades en la alineación corporal e hipostasis cadavérica.

Por último, la posición supina ayuda a preservar la dignidad del difunto, asegurando que su cuerpo esté en una postura natural y respetuosa, esto es especialmente importante para el bienestar emocional de los familiares que se despiden. También, esta posición permite realizar los cuidados necesarios para garantizar un aspecto limpio y digno del paciente fallecido; además, evita la presión sobre ciertas áreas del cuerpo, lo que es importante para mantener la integridad del mismo.

2.2.3.6 Desconexión de material invasivo.

La desconexión del material invasivo en pacientes fallecidos es un procedimiento de gran importancia en los cuidados *post mortem*, pues esta práctica no es solo fundamental para preservar la dignidad del cuerpo, sino que también es considerada esencial para la correcta gestión de los cuidados *post mortem*; es por ello, que Duran (2017), menciona que se debe: “retirar sondas, vías, y drenajes colocar apósitos secos en cualquier herida o puntos de drenaje. En caso de grandes incisiones se sutura con seda”. (p.52).

Así mismo, Meneses e Izquierdo (2013); como también Allauca y Badillo (2019) concuerda en que el personal de enfermería es quien debe retirar todo tipo de material invasivo y no invasivo como sondas, vías venosas, tubos oro traqueales, catéteres, puntos de sutura de catéteres y drenajes que posea el difunto, teniendo cuidado en no provocar lesiones tisulares. No obstante, es importa destacar, lo mencionado por Sánchez, (2019) el cual señala que en algunos centros de salud si hay necropsia no se debe retirar catéteres, se pueden cortar 2,5cm y si es necesario se debe fijar con

adhesivo, también se realiza este procedimiento en el caso que se le valla a realizar autopsia al cadáver.

En todo caso, la retirada o cortada de estos dispositivos ayuda a evitar complicaciones en la manipulación del cadáver y al realizar estas intervenciones de enfermería se permitirá efectuar un trabajo limpio y ordenado. En resumen, manejar con respeto y cuidado el cuerpo de un paciente fallecido es un acto que refleja la humanidad y el profesionalismo del personal de enfermería.

2.2.3.7 Oclusión de cavidades.

La oclusión de cavidades evita la filtración de fluidos que podrían ocurrir debido a la descomposición del cadáver. Al respecto, Muñoz et al., (2020) refiere:

Se debe taponar todos los orificios anatómicos mediante bolas de algodón, ayudándose con unas pinzas largas. De esta manera se colocarán en la nariz (cuidando que no se vea demasiado), en la boca, en los oídos, en la vagina y en el recto. Se suele poner pañal absorbente para recoger la posible salida de orina u otras secreciones. (p.765)

Así mismo, Allauca y Badillo (2019), indica que uno de los cuidados *post mortem* que debe realizar el personal de enfermería es el taponamiento de todos los orificios corporales naturales y quirúrgicos con algodón, gasa o apósitos limpios según sea el caso, esta medida tiene como finalidad evitar drenajes de líquidos orgánicos. Paralelamente, Farrera (2018) coincide diciendo “se debe taponar todas las salidas en las que pueda haber fuga de fluidos como son la sangre y las demás secreciones, y se cubrirá con apósitos o gasas las zonas de inserción de los catéteres y drenajes” (p.18).

No obstante, Contreras (2024) añade que es necesario aplicar presión ligeramente en el abdomen ya que esto eliminará líquidos y gases contenidos en estómago, intestinos y vejiga. Es por ello la importancia de colocar taponamiento en las cavidades corporales con material de algodón utilizando pinzas kocher, ya que dicho material tiende a absorber líquidos, secreciones y evita su salida.

2.2.3.8 Lavado y secado del cuerpo.

Para Allauca y Badillo (2019), el personal de enfermería debe lavar el cuerpo con agua y jabón germicida, luego se procede a secarlo y se reemplaza los apósitos manchados por otros limpios. Sin embargo, Contreras (2024), expresa que se debe, “realizar la higiene parcial o total del cuerpo”. (p.9). Por otro lado, Herráiz (2009, como se citó Farrera, 2018) indica:

De inmediato la enfermera(o) que cumple la atención al cuerpo se ocupara de la higiene del mismo, garantizando una imagen limpia y aseada del fallecido. Es importante que el personal de enfermería le dé importancia a la higiene y posición del cuerpo, ya que esta acción mostrará el respeto y la empatía con el que fue su paciente y con los familiares que tomaran este momento crucial con más serenidad si observan el esmero en la atención, peinando y rasurando si es necesario. (p. 38)

Finalmente, el lavado del paciente fallecido es un acto que refleja la compasión y el profesionalismo del personal de enfermería, garantizando un aspecto digno y una imagen limpia del usuario.

2.2.3.9 Envoltura del cuerpo.

Al llegar el momento de vestir al cadáver, en algunos hospitales se suele utilizar sudarios, que son como fundas blancas de plástico con cremalleras donde se introduce al fallecido de forma que se podrá descubrir la cabeza cuando la familia quiera verlo. Puede que el familiar desee que se le ponga alguna ropa especial. Habrá que respetarlo y colocársela. En algunos hospitales se suele maquillar al fallecido (siempre respetando la voluntad de la familia) Muñoz et al., (2020, p. 766).

Ante lo expuesto, Cánovas (2020), indica que si el cadáver no va a ser sometido a una autopsia, la operación siguiente será envolver el cuerpo con una sábana y colocarlo encima de un sudario que irá cruzado sobre el difunto, dejando todo el cuerpo envuelto salvo la cara. Por otro lado, Cherrez et al., (2023), establecen “posicionar el cadáver dentro de la mortaja, cerrar e identificar

(segunda tarjeta) en el exterior, en lugar visible” (p. 5). Respecto a lo anterior descrito es necesario definir que la mortaja es una vestidura, sábana u otra cosa en que se envuelve el cadáver para el sepulcro. (Real Academia Española, 2001).

La sistematización de esta serie de pasos con base al conocimiento científico, aptitudes y capacidades, ayuda a la realización de todo procedimiento ejecutado por el profesional de enfermería con un mínimo de errores. Si en algunos casos los familiares del fallecido no aceptan la preparación de la envoltura del cadáver se debe ofrecer facilidades para preparar el cadáver conforme a sus costumbres o creencias religiosas.

Por su parte, Duran (2017), señala que el personal de enfermería debe colocar al difunto en decúbito lateral, retirar la sabana sucia y extender el sudario o sabana grande sobre la cama en forma de pico, semejando una figura romboide; luego dobla el pico superior de la sabana como si intentara colocar un pañuelo sobre la cabeza, se debe procurar que el pico de la sabana permanezca encima y la mortaja con menos arrugas posibles; posteriormente se envuelve el tórax, abdomen y piernas, asegurándose que la sábana quede fija en los tobillos con cinta adhesiva o con vendaje de gasa para evitar la exposición del difunto durante su traslado a la funeraria.

A propósito, Ghazaryan y Guillem (2023), difiere que:

En este punto, se hará una pequeña diferenciación y es que, si la muerte es en un ámbito hospitalario, tras el amortajamiento se viste a la persona con pijama o bata de la unidad o la ropa que la familia nos pueda indicar. (p19).

Cabe resaltar, que para la envoltura del cuerpo fallecido influyen factores como aquello que desea la familia y lo que se realiza en el ámbito hospitalario; pero aun así la envoltura del paciente es un reflejo del entorno hospitalario lo que subraya la importancia de considerar los aspectos importantes para el manejo del cuerpo después de la muerte

2.2.3.10 Participación de los familiares.

Permitir que los familiares estén junto al paciente fallecido durante unos minutos es un acto de gran importancia emocional, este momento de despedida les brinda la oportunidad de expresar su amor y apoyo, así como de procesar su duelo en un entorno íntimo y significativo. En este sentido, Díaz y Bagnasco (2012), mencionan que es importante permitir a los familiares y/o amigos que expresen su visión, dolor, pena y contacto físico con la persona fallecida, si las condiciones del cadáver lo permiten. Inclusive, facilitar manifestaciones y ritos según creencias, cultura y religión. Además de mantener actitudes y conductas de cuidado mientras el paciente ya fallecido permanezca en la unidad.

Asimismo, Ghazaryan, y Guillem (2023), señalan “Se les dejará un tiempo solos con la persona para que se despidan, el tiempo será indefinido, todo el que los familiares deseen y necesiten”. (p19). Por su parte, Allauca y Badillo (2019) indican “Permitir a la familia que tenga tiempo para estar con el fallecido si se ha pedido con anterioridad”. (pag.18).

En este orden de ideas, el apoyo emocional brindado por los profesionales de enfermería es crucial para las familias que atraviesan el proceso de duelo, estos profesionales no solo se encargan de la atención física del paciente, sino que también desempeñan un papel fundamental en el acompañamiento emocional de los familiares, ofreciendo un espacio seguro para que expresen sus sentimientos y preocupaciones.

Por otro lado, Allauca, y Badillo. (2019), señala que se deben “Recoger y guardar las pertenencias del paciente fallecido y entregárselas a un miembro de la familia procurando que este un personal de salud”. (pag.18). De la misma forma, Vásquez, (2011), menciona que se entregan las pertenencias del paciente fallecido a sus familiares, verificando la entrega de las mismas, previa firma de un recibo si fuese necesario. En este sentido, se destaca la intervención oportuna y eficaz del profesional de enfermería, teniendo en cuenta que la ejecución de sus cuidados no solo se dirige hacia el ámbito físico propiamente dicho, sino además se encuentra orientado en un enfoque biopsicosocial espiritual que destaca su compromiso holístico.

2.2.3.11 Preparación para el traslado del cuerpo.

Para la preparación y traslado del cuerpo Cánovas (2020), menciona que luego de la envoltura del cuerpo se debe pasar a una camilla para proceder a su traslado al mortuario, haciéndolo con la mayor discreción posible, procurando que los demás pacientes no se percaten de dicho traslado. Del mismo modo, Ghazaryan y Guillem (2023), coincide diciendo que, “el cuerpo se baja al mortuario donde esperará para ser trasladado al tanatorio, en este caso los rituales se realizarán momentos posteriores a la muerte si es necesario en la habitación del hospital, más tarde en la ceremonia que corresponda”. (p.19).

2.2.4 Registros de enfermería.

La documentación pertinente después de la muerte de un usuario hospitalizado refleja el marco legal de las intervenciones y procedimientos realizados al mismo, lo que enmarca a los cuidados de enfermería como un soporte que apoya la correcta ejecución, y no es excepción para los cuidados *post mortem*. De hecho, es de vital importancia el registro de todo lo realizado por el profesional de enfermería, para así constatar que los procedimientos fueron acorde a lo establecido por la evidencia científica y las normas en la institución de salud. Paralelamente, los registros impiden confusiones en la identificación y traslado del usuario, y garantizan su llegada al servicio correspondiente. Sobre esto, Schachner et al., (2004, como se citó en Suárez, 2013) define a los registros como:

La principal fuente de información referida a la situación del paciente. Cuando la documentación escrita de los servicios brindados no es completa y exacta, puede ser utilizada como base legal para comprobar que la asistencia no se ha realizado según las normas aceptadas para la práctica, y convertirse en prueba o evidencia para demandas contra la institución y el personal de la salud, pues permite evaluar retrospectivamente los cuidados y atención no proporcionados. (p. 128).

En otras palabras, los registros de enfermería son obligatorios para respaldar los cuidados a todo usuario hospitalizado, incluyendo a los que fallecen en el servicio. Dichos registros

corresponden a la historia clínica y su organización, la identificación y rotulación del difunto, la actualización del kárdex de enfermería, donde se insiste en la documentación de la hora, la fecha y las circunstancias en las que ocurrió la muerte del usuario (Sánchez, 2019).

Acerca de la identificación del cuerpo, Socorro (2016) establece:

Proponer un rótulo que incluya los nombres y apellidos, el sexo, el número de historia clínica, la fecha y hora de defunción establecida por el médico, el servicio donde falleció el usuario, el número de cama, el diagnóstico médico actualizado, la causa de muerte y si el cuerpo representa o no un riesgo infeccioso. (p.373).

Con respecto a los registros de enfermería, el mismo autor señala que los datos a plasmar deben ser lo más específicos posibles, sin pasar por alto los hechos que llevaron al fallecimiento del usuario, la notificación realizada a los familiares, los consentimientos legales, las características del cuerpo y los cuidados *post mortem* realizados.

2.5 Modelo de Enfermería que sustenta los cuidados *post mortem*

La enfermería, como ciencia, se basa en fundamentos teóricos que permitan aplicar criterios y preceptos a la realidad. Esto se hace posible mediante la estipulación de modelos de enfermería, que promuevan la unificación y estandarización del conocimiento y beneficie tanto al profesional de enfermería, como a los usuarios. Al respecto, Carvajal y Sánchez (2018), señalan que:

Un modelo de enfermería es una representación de aquello que se espera lograr dentro del ejercicio profesional. Los modelos varían desde un acuerdo universal o paradigma que indica que la razón de ser de enfermería es cuidar la experiencia de la salud de las personas, hasta un micro modelo que permite medir mediante indicadores una práctica específica. (p. 89).

A continuación, se hará referencia al conjunto de conceptos y paradigmas que relacionan entre si la enfermería con los cuidados *post mortem*.

2.6 Teoría del Entorno de Florence Nightingale

Florence Nightingale es una de las figuras más emblemáticas en la historia de la enfermería y su trabajo ha tenido un impacto duradero en los cuidados de salud, incluyendo aspectos relacionados con la atención después de la muerte. Nightingale promovió la importancia de la higiene, la limpieza y el ambiente adecuado para la recuperación y el bienestar del paciente, principios que también son fundamentales en los cuidados *post mortem*. Aunque no se centró específicamente en los cuidados *post mortem*, su énfasis en el respeto, la dignidad y la atención humanizada puede aplicarse en ese contexto. Es decir, en la preparación del cuerpo, el respeto por la dignidad del fallecido y el apoyo emocional a la familia son aspectos que reflejan sus valores sobre el cuidado ético y compasivo. (Young et al., 2011).

2.6.1 Principios de esta teoría

a) Mantener un ambiente limpio y respetuoso: Después de la muerte, es importante preparar el espacio de manera higiénica y tranquila, asegurando que el cuerpo esté en un entorno digno y respetuoso. Esto refleja el énfasis de Nightingale en la higiene y el ambiente adecuado.

b) Tratar el cuerpo con respeto y dignidad: La preparación del cuerpo debe hacerse con cuidado, respetando la integridad y la dignidad del fallecido, siguiendo los principios éticos que Nightingale promovía.

c) Apoyo emocional a la familia: Brindar consuelo y acompañamiento a los familiares, mostrando empatía y respeto, en línea con su visión de un cuidado humanizado y compasivo.

d) Capacitación del personal: Asegurar que quienes participen en los cuidados *post mortem* estén bien informados sobre las prácticas higiénicas y éticas, promoviendo un cuidado profesional y respetuoso.

e) Documentación y comunicación clara: Registrar adecuadamente los detalles relacionados con el fallecimiento y comunicar con sensibilidad a la familia, siguiendo la atención meticulosa que Nightingale defendía.

Ante lo expuesto, los principios de Nightingale en su teoría proporcionan un marco valioso para la atención que puede proporcionar el profesional de enfermería al cuerpo del paciente fallecido y su familia. La muerte, como evento, involucra un complejo acontecimiento social que afecta a todos los individuos cercanos a él, por lo que es competencia de enfermería adaptar los cuidados a la situación y lograr, mediante la observación, análisis y la lógica, el mejor curso de acción para ejecutar los cuidados *post mortem*.

2.6. Bases Legales

De acuerdo a los aportes y sus implicaciones con el ámbito de la enfermería, las bases legales están hechas para sustentar y guardar relación con la investigación, de esta manera, se obtienen con el fin de apoyar la temática dando legalidad a través de leyes y normas.

Bajo esta perspectiva, se tomó en consideración, la Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería, (2005), en su artículo 3, el cual establece:

El enfermero o enfermera es un profesional egresado de una universidad, instituto o colegio universitario venezolano, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia, con conocimientos, habilidades y destrezas que se ocupan del cuidado de las personas, familias y comunidades durante todas las fases del proceso de crecimiento y desarrollo, en la salud y en la enfermedad, durante la discapacidad, la rehabilitación y, hasta en la muerte, así como la gestión del cuidado y servicio. (p.1).

En este sentido, el profesional de enfermería, no solo es el responsable de proporcionar cuidados integrales al usuario tanto en vida, sino también aquellos cuidados que garanticen una muerte digna y permitan la integridad y la conservación del usuario fallecido, como además el respeto y el apoyo emocional a los familiares y allegados, es decir, los cuidados *post mortem*.

Según la Ley Orgánica de Registro Civil, en su artículo 123, explica que “Toda defunción deberá ser declarada en el Registro Civil. Es requisito fundamental para proceder a la inhumación o cremación, la inscripción de la defunción en el Registro Civil, sin perjuicio de las excepciones previstas en la ley.” (p. 1671). En concordancia, para el profesional de enfermería el manejo de esta información favorece los procesos legales del difunto posteriores a su entrega.

Así mismo, el artículo 128 de dicha ley, manifiesta que:

El certificado de defunción es el instrumento indispensable para efectuar la declaración y promover su inscripción en el Registro Civil, el cual será expedido por el Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de Salud y suscrito por personal médico, de conformidad con la ley. (p. 1672).

En este contexto, el certificado de defunción forma parte de la historia clínica del usuario, es responsabilidad del profesional de enfermería corroborar que contenga todos los datos del difunto, como suceso de registro obligatorio.

Por otro lado, el Código Orgánico Procesal Penal, en su artículo 202, declara que “Las autopsias se practicarán en las dependencias de la medicatura forense, por el médico o médica correspondiente.” (p. 22). Cabe resaltar que la autopsia, como procedimiento médico legal, condiciona la realización de los cuidados *post mortem* y compromete al profesional de enfermería a considerar esta situación acorde con lo que establece la ley.

2.7 Sistema y Operacionalización de la Variable.

Se define variable según Villasís y Miranda (2016) como “todo aquello que se puede medir, la información que colectamos, o bien, los datos que se recaban con la finalidad de responder las preguntas de investigación, las cuales habitualmente están especificadas en los objetivos” (p. 304). En el mismo sentido, surge la importancia de medir un sistema de variable y una adecuada operacionalización, pues estos son esenciales para desarrollar esta investigación y no solo facilita la recolección de datos relevante, sino que también permite desarrollar cada objetivo planteado y contribuye a mejorar la práctica de enfermería.

Para efectos de esta investigación, se puede identificar como variable independiente el protocolo y como variable dependiente los cuidados *post mortem*. Así mismo, pueden existir variables intervinientes, como las condiciones del cuerpo, el tiempo, la demanda del servicio, la cultura y las políticas de la institución.

Cuadro N°1. Operacionalización de la Variable

Variable	Objetivos Específicos	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Propuesta de un protocolo para el cuidado <i>post mortem</i> dirigido a profesional de enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes Mérida estado Mérida, período agosto 2024 – febrero 2025	Identificar las características sociodemográficas del profesional de enfermería que labora en el IAHULA	Datos Socio-demográficos	Edad	A
			Género	B
			Grado académico	C
			Religión	D
			Años de servicio	E
			Turno que labora	F
	Conocer las medidas de bioseguridad que realiza el profesional de enfermería durante los cuidados <i>post mortem</i> en el IAHULA	Normas de Bioseguridad	Medidas de Bioseguridad	1, 2, 3, 4, 5, 6.
	Diagnosticar las técnicas de amortajamiento que aplica el profesional de enfermería en el IAHULA	Amortajamiento	Privacidad	7
			Cerrar los ojos	8
			Aspiración de secreciones	9
			Cerrar la boca	10, 11
			Posiciones corporales	12, 13, 14, 15
			Desconexión de material invasivo	16, 17, 18
			Higiene corporal	19, 20, 21, 22
			Envoltura del cuerpo	23, 24
			Participación de los familiares	25, 26, 27
			Preparación para el traslado del cuerpo	28

	Indagar sobre los registros que realiza el profesional de enfermería durante los cuidados <i>post mortem</i> enfermería en el IAHULA	Registros de Enfermería	Organización de Historia Clínica	29, 30
			Actualización del Kárdex de Enfermería.	31, 32

Fuente: Cuevas y Pernía (2025)

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo que se desarrolló abordó la descripción de la metodología que se utilizó en el estudio, diseño, tipo y modalidad de la investigación, población y muestra, métodos e instrumento para la recolección de datos y la validez del instrumento que se ha utilizado, además, se hace referencia al procedimiento para la recolección de información y las técnicas de análisis.

3.1 Enfoque de la Investigación.

La investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, que según Hernández et al. (2014) “es aquella donde se utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base a la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías”. (p. 4). Por consiguiente, mediante los resultados obtenidos a través de la medición de los parámetros establecidos en las dimensiones del estudio sobre la propuesta de un manual de cuidados *post mortem* dirigidos al profesional de enfermería y mediante la aplicación del instrumento se realizó una cuantificación directa para explicar la influencia de la variable.

3.2 Tipo y diseño de la investigación

En función al tipo de estudio la investigación fue proyectiva, por lo tanto, Hurtado de Barrera (2000 como se citó en Palella y Martins 2012), señala que “intenta proponer soluciones a una situación determinada. Implica explorar, describir, explicar y proponer alternativas de cambio, y no necesariamente ejecutar la propuesta”. (p. 98). En este sentido, la investigación tiene como objetivo general proponer un manual de cuidados *post mortem*, dirigidos al profesional de enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

En cuanto al diseño de la investigación, por las mismas características del trabajo se ubicó en un diseño de campo y de corte transversal. De esta manera, Arias (2012) afirma que los diseños

de campo “consisten en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones existentes”. (p. 31). Es por ello, que la presente investigación se realizó en una realidad específica, donde ocurren los fenómenos o hechos, en este caso en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

En lo concerniente al corte transversal, Hernández et al., (2014) indican “su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. (p. 155). De esta forma, se consideró llevar a cabo esta investigación en el periodo octubre 2024 – febrero 2025.

3.3 Modalidad Proyecto Factible

Se denomina Proyecto Factible a la elaboración de una propuesta viable, destinada a atender las necesidades específicas a partir de un diagnóstico. Para Palella y Martins (2017, como se citó en Martínez, y Vivas, 2022). El Proyecto Factible “es una modalidad de investigación que se encuentra inmersa en el enfoque cuantitativo porque busca analizar e interpretar fenómenos de la realidad en función de buscar alternativas de solución viables ante cualquier contexto educativo” (p. 2). Lo que significa que pueden solventarse la aplicación de actividades factibles en el ámbito universitario o en cualquier contexto.

Así mismo, el Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (FEDUPEL - 2016), define la modalidad de proyecto factible como:

La investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos. El Proyecto debe tener apoyo en una investigación de tipo documental, de campo o un diseño que incluya ambas modalidades (p. 21).

Considerando lo planteado anteriormente, para llevar a cabo el proyecto factible, lo primero que se debe realizó fue un diagnóstico de la situación planteada; en segundo lugar, se diseñó y

fundamentó, con basamentos teóricos, la propuesta a elaborar y establecer tanto los procedimientos metodológicos como las actividades y recursos necesarios para llevar adelante la ejecución. Aunado a esto, se realizó el estudio de factibilidad del proyecto y, por último, la ejecución de la propuesta con su respectiva evaluación.

Por la misma razón, la presente investigación planteó una propuesta un de un protocolo para el cuidado *post mortem* dirigido al personal de enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Es importante resaltar que, para ser considerado proyecto factible, debió cumplir con ciertas etapas:

Etapas I: Diagnóstico, según Martínez, y Vivas, (2022). En esta etapa se identificó el problema, posterior a ello se recogió y proceso toda la información, sustentada en una investigación de campo, para la misma se utilizó una técnica de encuesta hacia el abordaje, que tuvo como objetivo conseguir valiosa información de la situación planteada. Por lo tanto, para dar cumplimiento a esta etapa se efectuó una investigación en el propio lugar donde se desarrollan los acontecimientos y se caracterizó por recoger datos a través de fuentes primarias, en este caso el personal de enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Etapas II: Factibilidad de la Propuesta, según Rocco (2012), el término factibilidad “Son los recursos necesarios para la ejecución, análisis y conclusiones sobre la viabilidad y realización del proyecto” (p. 24). Lo que significa revisar y evaluar los recursos, tanto materiales como humanos, indispensables para visualizar la posibilidad. Para Martínez y Vivas (2022, p. 6), la factibilidad debe estar centrada en la posibilidad de ejecutar la propuesta diseñada o formulada y que sea posible de ejecutarse, desde una:

- **Factibilidad Económica:** “Esta se corresponde con los recursos económicos que involucran la puesta en práctica de la propuesta” Martínez y Vivas (2022, p. 6), La propuesta es aplicada con los recursos económicos propios de las investigadoras, para posterior evaluación de esta con otros interesados en investigar y estudiar la posibilidad de ejecutar la propuesta.

- **Factibilidad Social:** “Se refiere cuando cada uno de los integrantes de la escuela o contexto que está dispuesto a contribuir con el desarrollo de las mejoras en la organización” Martínez y

Vivas (2022, p. 6). Esta investigación cuenta con el apoyo de la propuesta, de otros miembros de la organización interesados en el mismo.

- **Factibilidad Técnica:** “Es la parte operativa de la ejecución de la propuesta, en donde se establecen la existencia de los recursos tecnológicos, humanos y económicos” (Martínez, et al., 2020, p. 6).

- **Factibilidad Institucional:** A nivel institucional, la factibilidad de la propuesta se observa en la implementación en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes del protocolo que se plantea. En este sentido, su ejecución permitirá implementar pautas para fortalecer la gestión del cuidado de Enfermería, contribuyendo al manejo adecuado del usuario fallecido.

De esta manera, se justifica institucionalmente la propuesta, puesto que la misma debe tener una aceptación por parte de los profesionales de Enfermería, quienes se mostrarían interesados en participar y brindar la colaboración en la implementación de un protocolo de cuidados *post mortem* que favorezca la aplicación de los cuidados y promueva la conservación del cuerpo, la dignidad del individuo y el apoyo emocional a los familiares.

Así mismo, para Martínez y Vivas (2022), se pueden incorporar otros tipos de factibilidad como una factibilidad legal relacionada con resoluciones, decretos, reglamentos o leyes; factibilidad educativa referida a los aspectos inherentes al campo educativo como el establecimiento de un protocolo para la orientación en el campo de los Cuidados *Post Mortem* dirigido personal de enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Aunado a lo anteriormente descrito, se realizó la validación del diseño de la propuesta bajo la técnica “Juicio de Expertos”. Con base a la factibilidad técnica, cada uno de los elementos que conforman el diseño fue sometido a un estadio analítico en el cual se involucraron los actores (profesionales de enfermería) a fin de incorporar sus sugerencias y observaciones para generar la propuesta definitiva y garantizar mayores probabilidades del éxito.

Etapas III: Diseño de la propuesta, según Palella y Martins (2017) reseñan: “implica plantear y fundamentar teóricamente la propuesta y establecer, tanto el procedimiento metodológico como las actividades y recursos necesarios para su ejecución” (p. 22). “En otras palabras, busca dar soluciones o alternativas a las necesidades y problemáticas en función al modelo, objetivos,

métodos, acciones y recursos con que se cuenta”. Martínez y Vivas (2022, pp. 6-7). En esta fase se elaboró la propuesta como resultado de la información recogida en la fase diagnóstica, además, se consideró la evaluación de tres profesionales expertos en tema, para establecer el nivel de concordancia con los objetivos del mismo, y su posterior ejecución del protocolo. En otras palabras, según Martínez y Vivas, (2022), el desarrollo del diseño de la propuesta y su estructuración es de la siguiente manera:

Introducción o descripción, se relacionado con lo que persigue la propuesta, es decir, se refiere a la importancia educativa que tiene el diseño para la población a la cual va a estar dirigida.

a) ***Justificación***, se expone por qué y para qué se va a realizar la propuesta, los sujetos que serán beneficiados y las razones por la cual se va a realizar”.

b) ***Fundamentación teórica***, hace referencia a las diferentes teorías que sustenten la propuesta planteada, estas van a depender de la intención de las investigadoras de mejorar la situación que quieren a mediar y profundizar con la teoría indicada.

c) ***Objetivos de la propuesta***, estos deben ser claros, concisos, precisos y tener una secuencia lógica con las actividades o tareas que se pretendan desarrollar. Es importante acotar que los objetivos específicos, que se formulen en este apartado, son diferentes a los objetivos planteados en la investigación, razón por la cual distan de ellos porque dichos objetivos buscan medir las acciones que se van a aplicar en el diseño propuesto.

Planificación de las actividades, en estas se incorporan elementos tales como: Guía de Modalidad de Proyecto Factible: etapas, propuesta, ejecución y evaluación, con los objetivos generales, objetivos específicos, contenidos, estrategias, acciones, indicadores, lugar, tiempo de ejecución y responsables.

3.4 Población, Muestra y Muestreo

3.4.1 Población.

La población, según Galmés (2012), es un conjunto de elementos muy variados y cada unidad poblacional tiene asociada valores de las variables de interés. La población de la presente investigación quedo conformada por 468 profesionales de enfermería que laboran en el IAHULA.

3.4.2 Muestra.

La muestra suele ser un subconjunto de la población a estudiar. En tal caso, Arias (2006), la define como “un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (p.83). En este caso se utilizó el muestreo aleatorio simple. En tal sentido, su tamaño se determinó a través de la fórmula propuesta por Malhotra para el cálculo de muestras finitas dispuestas bajo los siguientes parámetros:

$$n = \frac{(Z)^2 * P * Q * N}{(e)^2 * (N - 1) + (Z)^2 P * Q}$$

Cuadro N° 2. Parámetro fórmula propuesta por Malhotra, para hallar muestra de la población.

Parámetro	
n	Es el número de elementos o tamaño de la muestra que se quiere hallar
N	Población elegida en la investigación
Z	Nivel de confianza = 90 %
P	Probabilidad a favor
Q	Probabilidad en contra
E	Error de estimación = 7%

Fuente: Formula Malhotra

Cuadro N° 3. Aplicación de la fórmula propuesta por Malhotra, para hallar muestra total de los profesionales de enfermería que laboran en el IAHULA. Mérida.

Parámetro – Valores		Aplicación de la fórmula
N	468	
Z	90% = 1,65	
P	50% / 100 = 0,5	

Q	$50\% / 100 = 0,5$	$n = \frac{(1,65)^2 * 0,5 * 0,5 * 468}{(0,07)^2 * (468 - 1) + (1,65)^2 * 0,5 * 0,5} = 107,29$ ≈ 107 $n = 107$
E	$7\% / 100 = 0.07$	

Fuente: Cálculos Propios

De la aplicación de la fórmula se puede evidenciar que la muestra total quedó constituida por 107 profesionales de enfermería que laboran en el IAHULA.

Debido a que fue aplicado el cuestionario en las áreas de hospitalización, se realizó un cálculo de muestreo de fijación proporcional para obtener la cantidad de profesionales por servicio de salud para aplicarle el instrumento de investigación. (Cuadro N° 3)

Ahora bien, para que la muestra sea representativa en los profesionales de enfermería en los 16 servicios de hospitalización, se decidió aplicar una categoría estadística denominada muestra probabilística estratificada, este procedimiento divide a la población en diferentes tamaños o estratos y se selecciona una muestra para cada área, y de esta manera se garantiza que todos los sujetos tengan la misma posibilidad de ser seleccionados de forma aleatoria

Con referencia a lo anterior el muestreo estratificado proporcional produce más beneficios cuando las medias o las proporciones de las variables analizadas de los diferentes conglomerados son diferentes entre sí.

3.4.3 Muestreo estratificado con afijación proporcional

El muestreo estratificado es una técnica que implica dividir una población heterogénea en subgrupos homogéneos llamados estratos y luego tomar muestras independientes de cada estrato. El muestreo estratificado según Hankin et al., (2019), implica dividir la población en estratos homogéneos y tomar muestras de cada estrato para mejorar la precisión y reducir costos.

En este sentido, para analizar las áreas de hospitalización se seleccionaron por servicio la muestra, para ello se realizó un muestreo estratificado dividiendo la población por áreas y una vez seleccionadas se les solicitó permiso a los coordinadores de las áreas para realizar la investigación.

A continuación, se detalla el tamaño de la muestra por área. En último lugar se aplicó un muestreo aleatorio simple en cada servicio para determinar los sujetos objeto del análisis.

Tabla N° 1. Muestreo estratificado por área de servicio en el IAHULA. Agosto, 2024. Mérida.

N°	Servicio	Profesionales de Enfermería	Porcentaje	Tamaño de la muestra
1	Oncología Pediátrica (T-8)	14	3	3
2	Hospitalización Pediátrica (T-7)	12	3	3
3	Medicina Interna (T-6)	17	4	4
4	Medicina Interna (T-5)	18	4	4
5	Medicina Interna (T-4)	16	3	4
6	Cirugía General (T-3)	17	4	4
7	Traumatología y Ortopedia (T-2)	17	4	4
8	UCI (T-1)	50	11	11
9	Diálisis (T-1)	19	4	4
10	Ginecología y Obstetricia (P-3/P-4)	27	6	6
11	Neonatología de Bajo Riesgo (P-39)	19	4	4
12	Neonatología de Alto Riesgo (P-28)	35	7	8
13	Emergencia Obstétrica/Sala de Parto	43	9	10
14	Emergencia Pediátrica	45	10	10
15	Emergencia Adultos	74	16	17
16	Quirófano General	45	10	10
TOTAL		468	100	107

Fuente: Datos obtenidos de la población Estadísticas de la salud. IAHULA.

Conocido el número de sujetos de la muestra y sin un conocimiento previo de la población con respecto a la variabilidad u homogeneidad se opta por un muestreo aleatorio estratificado con fijación proporcional, en la que la muestra de cada servicio de hospitalización sea proporcional a su población. Tal como se observa en la Tabla N° 1, se calcula la distribución proporcional de la muestra de las 16 áreas.

3.5 Instrumentos para la Recolección de Datos

De acuerdo a Arias (2012), el instrumento “es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” (p. 68). Desde este punto de vista, el instrumento a utilizar en este estudio para medir la variable, es una encuesta tipo cuestionario, dirigida al profesional de enfermería que labora en el IAHULA. Al respecto, Hernández et al., (2014), definen el cuestionario como “un conjunto de ítems presentado en forma

de afirmaciones o juicio ante los cuales se pide la reacción de los sujetos” (p. 256). En este sentido, se presenta cada afirmación y se pide a los profesionales de enfermería que externen su reacción eligiendo una de las alternativas de respuesta presentada en el instrumento dado.

Para la presente investigación se diseñó un instrumento que quedó estructurado en II partes, la primera parte con preguntas cerradas referida a los datos sociodemográficos (edad, género, nivel académico, religión, años de servicio y turno laboral). La segunda parte un cuestionario tipo escala de Likert con cinco alternativas de respuestas: Siempre (S), Casi Siempre (CS), A Veces (AV), Casi Nunca (CN) y Nunca (N), inclinado a conocimientos sobre los cuidados *post mortem*, quedando estructurada en cuatro dimensiones: Normas de bioseguridad (medidas de bioseguridad) con 6 ítems. Amortajamiento (privacidad, cerrar los ojos, aspiración de secreciones, cerrar la boca, posiciones corporales, desconexión de material invasivo, higiene corporal, envoltura del cuerpo, participación de los familiares y preparación para el traslado del cuerpo), con 22 ítems. Registros de enfermería (organización de historia clínica y actualización del kárdex de enfermería) con 4 ítems, para un total de 32 ítems.

3.6 Validez del Instrumento

Dentro de los tipos de validez existe la validez de contenido que es la que establece si las preguntas elegidas en un cuestionario son una buena muestra del conjunto teórico de todas las preguntas posibles que podrían hacerse sobre el tema del que versa el cuestionario. Llegados a este punto, es cuando una de las opciones que puede tomar el investigador para validar su instrumento de medida es lo que se llama una prueba de jueces. La prueba de jueces consiste en una encuesta a expertos en la materia en que deben pronunciarse sobre los ítems que han sido seleccionados para el cuestionario. Se les solicita a los expertos que se pronuncien para cada ítem, sobre la oportunidad o no de incluirlo en el cuestionario.

Para realizar la validación por juicios de expertos, se siguieron las propuestas que mencionan Skjong y Wentworht (2000), y de Arquer (1995) en el siguiente orden: (a) Preparar instrucciones y planillas, (b) seleccionar los expertos, (c) explicar el contexto, (d) posibilitar la discusión, y (e) establecer el acuerdo entre los expertos por medio del cálculo de consistencia. En efecto, los

expertos expresaron sus criterios para la validez de contenido del instrumento a utilizar en la investigación.

3.6.1 Validez de contenido

Para establecer un posible universo de reactivos se requiere tener una adecuada conceptualización y operacionalización del constructo, es decir, las investigadoras debieron especificar previamente las dimensiones a medir y sus indicadores, a partir de los cuales se realizaron los ítems. Los ítems seleccionados miden las dimensiones del constructo.

El proceso de la elaboración y validación del instrumento de medición para la investigación titulada: “Propuesta de un Protocolo para el Cuidado *Post Mortem*, dirigido al personal de Enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Agosto 2024 – Febrero 2025”, se llevó en dos fases: la primera fue cualitativa, que consiste en la elaboración del instrumento, y la segunda es la fase cuantitativa, en la que se realizó la evaluación de las propiedades métricas en las que se utilizan la validez de contenido.

Se decidió llevar a cabo la especificación del índice cuantitativo para la validez de contenido del instrumento mediante el modelo de Lawshe (1975) modificado por Tristán (2008), en donde se destaca que la razón de validez de contenido debe ser igual o mayor a 0.5823 para ser aceptada, sin embargo, los ítems que no fueron aprobados con el 100% se sometieron a revisión a criterio de la tutora y las investigadoras.

La validez del instrumento fue solicitada a los expertos por correo electrónico. A las tres expertas se le envió un ejemplar digital del cuestionario, en la cual se explicaban los propósitos del estudio, la definición conceptual y operacional de las variables, y también se les proporcionó una hoja para el registro y evaluación de los ítems correspondientes a las *32 preguntas del instrumento original*. Posteriormente, los expertos dieron su valoración a cada una de las preguntas, respondiendo de acuerdo al criterio de claridad en la redacción de los ítems, coherencia, inducción a la respuesta, lenguaje adecuado con el nivel del informante y mide lo que pretende medir los objetivos en la escala dicotómica de sí y no. Subsiguientemente se determinó el índice de validez de contenido descrita en el modelo de Lawshe (CVR) y la razón de validez de contenido modificada por Tristán (CVR') para cada uno de los ítems mediante las ecuaciones

correspondientes; donde los ítems se consideran aceptables cuando su CVR' es igual o mayor a 0,58. Cabe mencionar que el tratamiento de los datos de la información obtenida se hizo a través del software Microsoft Excel ® integrando las siguientes formulas:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

Donde, CVI = Índice de Validez de Contenido.

CVRi = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe.

M = Total de ítems aceptables en la prueba.

Donde, CVI' = Índice de Validez de Contenido modificado por Tristán

CVR = Razón de Validez de Contenido para cada ítem de acuerdo con el criterio de Tristán.

$$CVI' = \frac{CVR + 1}{2}$$

Tabla N° 2. Validez de contenido del cuestionario “Propuesta de un Protocolo para el Cuidado *Post Mortem*, dirigido al personal de Enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), agosto 2024 – febrero 2025”

Dimensiones	Ítems	Coeficiente de razón de validez ajustada (CVR')					Observación
		Coherencia	Claridad	Inducción a la respuesta	Leguaje adecuado al informante	Mide lo que pretende medir los objetivos	
	2, 4	1	1	1	1	1	Aprobados
Medidas de Bioseguridad	1, 3	1	0,67	1	1	1	Se requiere revisar los ítems.
	5, 6	0,67	0,67	1	1	1	Se sugiere modificar la coherencia, claridad del ítem

Amortaja- miento	10, 12, 15, 16, 23, 24	1	1	1	1	1	Aprobados
	7, 9, 14, 25	1	0,67	1	1	1	Se requiere revisar la claridad de los ítems
	13, 17, 18, 19, 26, 27	1	0,33	1	1	1	
	8, 22	0,67	0,33	1	1	1	Se sugiere modificar la coherencia y claridad de los ítems
	11, 20	0,67	1	1	1	1	Se sugiere modificar la coherencia de los ítems
	21	0,33	1	1	1	1	
Registro	31, 32	1	0,67	1	1	1	Se sugiere modificar según el criterio
	28, 29	1	0,33	1	1	1	
	30	0,67	0,33	1	1	1	

Fuente: Cálculos propios.

Al contar con las valoraciones de las tres expertas, se procedió a determinar la frecuencia de las respuestas en cada ítem, con el objeto de establecer la calidad de cada uno. En la tabla N° 2, se detalla que once (11) ítems quedaron valorados con menos de 0.58. Del total de las preguntas, 24 de los ítems lo que representa el 75 % se sugiere modificar basado en el criterio de claridad y coherencia del contenido, y únicamente se dejaron sin modificación aquellos ítems que obtuvieron la CVR' positiva, es decir, 8 ítems aprobados con el 100% que han sido valorados como fundamentales por los expertos. No se consideró eliminar ningún ítem.

Por tanto, para la investigación se realizó la revisión y modificación de los ítems del cuestionario mencionados en la tabla N° 2.

3.7 Confiabilidad del instrumento

- **El Coeficiente Alfa de Cronbach.**

Se requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.7; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja (Celina y Campo, 2005). Este valor manifiesta la consistencia interna, es decir, muestra la correlación entre cada una de las preguntas; un valor superior a 0.7 revela una fuerte relación entre las preguntas, un valor inferior revela una débil relación entre ellas (Molina, et al., 2013).

A partir de los resultados de la prueba piloto a 10 profesionales de enfermería creó una base de datos en el software estadístico IBM SPSS versión 25, y se procedió a determinar la consistencia interna para 32 ítems en escala de Likert de la segunda parte del instrumento denominada **Cuidados post mortem** utilizando el coeficiente de **confiabilidad alfa de Cronbach**, dando como resultado **0.875** (*Anexo A*); a partir de este valor y considerando el trabajo investigativo de Ayecillas y Lozano (2016), que describe escalas de clasificación de los niveles de fiabilidad al utilizar el Alfa de Cronbach, que se muestra en el Cuadro N° 4, se concluyó que el valor obtenido indica que el instrumento tiene un nivel muy bueno de fiabilidad.

Cuadro N° 4. Clasificación de los niveles de fiabilidad según el Alfa de Cronbach

Índice	Nivel de fiabilidad	Valor de Alfa de Cronbach
1	Excelente	0,91 - 1
2	Muy bueno	0,71 – 0,90
3	Bueno	0,51 – 0,70
4	Regular	0,31 – 0,50
5	Deficiente	0 – 0,30

3.8 Procedimientos para la Recolección de Datos.

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- Se envió una comunicación por escrito a la Dirección de Docencia e Investigación y al Adjunto de la Coordinación de Docencia e Investigación del Departamento de Enfermería en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

- b. Se esperó respuesta del Director de Docencia y del Coordinador Adjunto de Investigación, mediante la entrega de una carta de aceptación para realizar la investigación en la Institución.
- c. Una vez recibida la aceptación, se dirigió a cada uno de los servicios del IAHULA para la aplicación del instrumento.
- d. Se informó a los profesionales de Enfermería sujetos de estudio, sobre los objetivos de la investigación y se solicitó el consentimiento informado.
- e. Se explicó la importancia de la confidencialidad y del secreto profesional, motivándolos a responder el cuestionario por la importancia de este estudio, enfatizando la manifestación de cualquier duda e interrogante.
- f. Luego de recolectados todos los datos, se organizó para su debida tabulación.

3.9 Técnica para el análisis de datos

Según Hernández et al., (2014), “los análisis estadísticos son los que se derivan de la aplicación de técnicas que permiten obtener valores cuantitativos. Los análisis estadísticos se llevan a cabo mediante programas computacionales” (p. 308). Después aplicar el instrumento, se procedió a realizar su tabulación de forma manual, y luego haciendo uso de la estadística descriptiva, se presentaron los resultados en tablas de frecuencia absoluta (Nº) y relativa (%) de las respuestas que evidencia el comportamiento de la variable estudiada.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presentan las tablas que expresan de una forma cuantitativa los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento antes descrito, Propuesta de un Protocolo de Cuidados *Post Mortem* dirigido al Profesional de Enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes IAHULA. Mérida estado Mérida. Período agosto 2024 – febrero 2025. Luego de obtenida esta información fue necesario hacer el análisis estadístico respectivo. Desde este punto de vista, se ofrecen estos resultados sucesivamente, de acuerdo al orden de las dimensiones e indicadores representativos de la variable estudiada.

Tabla N° 3.

Dimensión: *Datos sociodemográficos del profesional de Enfermería que labora en el IAHULA. Mérida estado Mérida. Período agosto 2024 – febrero 2025*

Indicadores: Edad, género, nivel académico, años de servicio, turno que labora, religión.

Indicador	Categoría	fa	%
A. Edad	Menor de 25 años	12	11
	26 a 35 años	42	39
	36 a 45 años	33	31
	46 a 55 años	15	14
	Mayor a 56 años	5	5
B. Género	Femenino	95	89
	Masculino	12	11
C. Nivel académico	T.S.U.	22	20
	Licenciado	67	63
	Especialista	18	17
	Magister	0	0
	Doctorado	0	0

Indicador	Categoría	fa	%
D. Años de servicio	Menos de 10 años	57	53
	11 a 20 años	40	37
	21 a 30 años	8	8
	Más de 30 años	2	2
E. Turno que labora	Mañana (7am/1pm)	17	16
	Tarde (1pm/7pm)	9	8
	12 horas	42	39
	18 horas	2	2
	24 horas	37	35
F. Religión	Católica	92	86
	Evangélica	6	6
	Testigo de Jehová	1	1
	Otra	8	7

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 3. Dimensión: características sociodemográficas. Indicadores: edad, género, nivel académico, años de servicio, turno que labora y religión. Para el ítem A, se pudo evidenciar que la mayoría de los profesionales de enfermería encuestados, con un 39% tenían edades comprendidas entre 26 a 35 años, seguido del 31% que tenían edades entre 36 a 45 años. Con respecto al ítem B, la mayoría de los encuestados con el 89% eran de género femenino. En cuanto al ítem C, el 63% eran Licenciados en Enfermería. En afinidad al ítem D, el 53% tenían menos de 10 años de servicio, seguido del 37% que tenían entre 11 a 20 años de servicio. En relación al ítem E, el 39% labora en el turno de 12 horas, seguido del 35% que labora en el turno de 24 horas. Finalmente, para el ítem F, el 86% eran de religión católica.

Estos resultados se relacionan con el estudio realizado por Manta y Huaranga (2020), donde se observó que la mayoría de los profesionales de enfermería encuestados eran de género femenino y en edades comprendidas entre 30 a 40 años de edad.

Tabla N°4.

Dimensión: Normas de bioseguridad

Indicadores: Medidas de bioseguridad

Nº	Proposición	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
Considera que en los cuidados <i>post mortem</i> se debe:											
1	¿Realizar higiene de manos después de proporcionar los cuidados <i>post mortem</i> ?	102	95	1	1	3	3	1	1	0	0
2	¿Utilizar mientras se ejecutan los cuidados, bata desechable?	55	51	15	14	16	15	9	9	12	11
3	¿Utilizar mientras se ejecutan los cuidados, gorro?	64	60	6	6	13	12	11	10	13	12
4	¿Utilizar mientras se ejecutan los cuidados, tapabocas?	80	74	5	5	15	14	3	3	4	4
5	¿Utilizar mientras se ejecutan los cuidados, guantes?	91	85	6	6	7	7	1	1	2	2
6	¿Utilizar mientras se ejecutan los cuidados, lentes de seguridad?	22	20	6	6	17	16	13	12	49	46

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 4. Dimensión: normas de bioseguridad. Indicador: medidas de bioseguridad. Se pudo evidenciar que para el ítem N° 1, el 95% de los profesionales de enfermería encuestados, manifestaron que “siempre” realizaban la higiene de manos después de proporcionar los cuidados *post mortem*. Referente al ítem N° 2, el 51% “siempre” utilizaron mientras se ejecutaban los cuidados *post mortem*, bata desechable. En cuanto al ítem N° 3, el 60% “siempre” utilizaron mientras se ejecutaban los cuidados, gorro. En relación al ítem N° 4, el 74% “siempre” utilizaron tapaboca mientras se ejecutaban los cuidados *post mortem*. En lo concerniente al ítem N° 5, el 85% “siempre” utilizaron guantes mientras se ejecutaban los cuidados *post mortem*. Finalmente, para el ítem N° 6, el 46% “nunca” utilizaron lentes de seguridad mientras se ejecutaban los cuidados, a diferencia del 20% que manifestaron que “siempre” y el 16% que indicaron que “a veces”.

Los resultados arrojados tienen semejanza con el estudio realizado por Contreras (2024), en donde se observó que la mayoría del personal de enfermería encuestado usaron correctamente las medidas de bioseguridad (uso de guantes, bata y tapabocas) durante la ejecución de los cuidados *post mortem*.

Tabla N°5.

Dimensión: *Amortajamiento*

Indicadores: Privacidad, cerrar los ojos, aspiración de secreciones, cerrar la boca

N°	Proposición	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
	Considera que en los cuidados <i>post mortem</i> se debe:										
7	¿Cerrar las cortinas o colocar biombos, respetando la intimidad del cuerpo de la persona fallecida?	81	76	12	11	6	6	1	1	7	7
8	¿Cerrar los ojos, haciendo presión sobre los mismos por unos minutos hasta que estén completamente cerrados?	60	56	19	18	14	13	4	4	10	9
9	¿Aspirar la cavidad buconasofaríngea para evitar el reflujo de secreciones?	29	27	12	11	22	21	11	10	33	31
10	¿Si tiene prótesis dentales que esté al alcance, colocarla para evitar deformidad en la cara del fallecido?	22	21	7	7	11	10	13	12	54	50
11	¿Cerrar la boca, haciendo presión sobre la misma por unos minutos hasta que esté completamente cerrada?	70	65	15	14	17	16	0	0	5	5

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 5. Dimensión: amortajamiento. Indicadores: privacidad, cerrar los ojos, aspiración de secreciones y cerrar la boca. Se pudo evidenciar que para el ítem N° 7, el 81% de los profesionales de enfermería encuestados, manifestaron que “siempre” cerraron cortinas o colocaron biombos para garantizar la intimidad del difunto al realizar los cuidados *post mortem*.

Referente al ítem N° 8, el 56% “siempre” cerraron los ojos del difunto ejerciendo leve presión sobre ellos por unos minutos hasta estar completamente cerrados, a diferencia del 9% que manifestaron que “nunca”. En relación al ítem N° 9, el 31% “nunca” aspiraron la cavidad buconasofaríngea del fallecido para evitar reflujo de secreciones, sin embargo, el 27% indicó que “siempre” y el 21% “a veces”. En cuanto al ítem N° 10, el 50% “nunca” colocaron la prótesis dental en la boca, en caso de tenerla, al usuario fallecido para evitar deformidad facial, a diferencia del 21% que manifestaron que “siempre”. Finalmente, para el ítem N° 11, el 65% “siempre” cerraron la boca del difunto ejerciendo presión sobre ella por unos minutos hasta estar completamente cerrada, seguido del 16% que señalaron “a veces”.

Al analizar lo expuesto, existió estrecha relación con los resultados de Allauca y Badillo (2019), donde el 100% de la muestra manifestó haber asegurado la privacidad del cuerpo al movilizarlo a otra habitación, con el fin de no incomodar a los otros usuarios. Igualmente, Chérrez, et al. (2023) demostró en su investigación que el 51% de la muestra trasladó al difunto a un espacio que permitió conservar la intimidad del fallecido.

www.bdigital.ula.ve

Tabla N° 6.

Dimensión: Amortajamiento**Indicadores:** Posiciones corporales, desconexión de material invasivo.

N°	Proposición	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
	Considera que en los cuidados <i>post mortem</i> se debe:										
12	¿Colocar el cuerpo en posición decúbito supino?	89	83	8	8	1	1	2	2	7	7
13	¿Colocar los brazos del fallecido a ambos lados del cuerpo mientras se realiza el cuidado de higiene?	90	84	7	7	6	6	0	0	3	3
14	¿Colocar las manos cruzadas sobre el abdomen, luego de la higiene del cuerpo?	82	77	6	6	12	11	0	0	7	7
15	¿Colocar una almohada debajo de la cabeza y los hombros, para evitar la hipostasia sanguínea que pueda alterar la coloración de la cara?	20	19	12	11	14	13	17	16	44	41
16	¿Retirar el material invasivo teniendo precaución de no provocar lesiones tisulares?	101	94	3	3	1	1	0	0	2	2
17	¿En caso de haber una autopsia indicada, cortar 2,5 cm los catéteres existentes y fijarlos con adhesivo?	25	23	7	7	6	6	10	9	59	55

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 6, dimensión: amortajamiento. Indicadores: posiciones corporales y desconexión de material invasivo. Se pudo evidenciar que para el ítem N° 12, el 83% de los profesionales de enfermería encuestados, manifestaron que “siempre” colocaron el cuerpo en posición decúbito supino. Referente al ítem N° 13, el 84% “siempre” colocaron los brazos del difunto hacia los lados del cuerpo mientras realizaban el cuidado de la higiene. En relación al ítem N° 14, el 77% “siempre” colocaron las manos cruzadas del difunto sobre el abdomen al finalizar la higiene del cuerpo, seguido de un 11% que indicaron que “a veces”. Concerniente al ítem N° 15, el 41% “nunca” colocaron una almohada debajo de la cabeza del fallecido para evitar la hipostasia sanguínea que pueda alterar la coloración de la cara, a diferencia del 19% que manifestaron que “siempre” y el

13% que indicaron que “a veces”. En relación al ítem N° 16, el 94% “siempre” retiraron la totalidad del material invasivo del cuerpo del paciente. Finalmente, para el ítem N° 17, el 55% “nunca” cortaron ni fijaron con adhesivo los catéteres existentes en el cuerpo del difunto, en caso de haber indicada una autopsia, sin embargo, un 23% señalaron que “siempre”.

Estos resultados se relacionan con la investigación realizada por De Oliveira et al. (2023) en donde a través de la revisión bibliográfica quedó evidenciado la desconexión de equipos y sondas como parte de la atención al usuario fallecido. Igualmente, estos resultados se asemejan al estudio realizado por Contreras (2024) el cual demostró que la mayoría de los profesionales de enfermería encuestados lograron completar cuidados inherentes a la preparación del cuerpo y posicionamiento corporal del difunto.

Tabla N°7.

Dimensión: *Amortajamiento*

Indicadores: Higiene corporal y envoltura del cuerpo.

N°	Proposición	S		CS		AV		CN		N	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
18	¿Colocar apósitos secos en los orificios (herida abiertas o punto de drenaje) una vez retirado el material invasivo?	88	82	7	7	5	5	2	2	5	5
19	¿Aplicar presión sobre el abdomen para eliminar todo fluido corporal?	21	20	11	10	15	14	16	15	44	41
20	¿Realizar higiene corporal con agua y jabón?	39	36	6	6	23	21	8	8	31	29
21	¿Secar el cuerpo y reemplazar los apósitos mojados y manchados con fluidos corporales?	69	64	8	8	7	7	5	5	18	17
22	¿Colocar pañal para absorber y recoger restos de orina y heces?	64	60	8	8	12	11	5	5	18	17
23	¿Envolver el cuerpo del paciente fallecido con una sábana, además de colocarle etiquetas identificativas, en brazo, pierna y tórax?	99	92	3	3	2	2	1	1	2	2

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 7, dimensión: amortajamiento. Indicadores: Higiene corporal y envoltura del cuerpo. Se pudo evidenciar que para el ítem N° 18, el 82% de los profesionales de enfermería encuestados, manifestaron que “siempre” colocaron apósitos secos en las heridas o drenajes que quedan abiertos después de extraer el material invasivo. Referente al ítem N° 19, el 41% “nunca” aplicaron presión sobre el abdomen para eliminar todo fluido corporal, sin embargo, el 20% indicaron que “siempre”. En relación al ítem N° 20, el 36% “siempre” realizaron la higiene corporal con agua y jabón, a diferencia 29% que manifestaron que “nunca” y el 21% que indicaron que “a veces”. Concerniente al ítem N° 21, el 64% “siempre” secaron el cuerpo posterior a la higiene corporal y reemplazaron los apósitos mojados y manchados con fluidos corporales. En cuanto al ítem 22, el 60% “siempre” colocaron pañal para absorber y recoger restos de orina y heces a diferencia del 17% que señalaron que “nunca”. Finalmente, para el ítem N° 23, el 92% “siempre” envolvieron el cuerpo del paciente fallecido además de colocarle etiquetas identificativas en brazo, pierna y tórax.

Al respecto, Contreras (2024) señala que el posicionamiento corporal y el etiquetado correcto del difunto fueron cuidados realizados por el 80% de la muestra estudiada, quedando evidenciado al mismo tiempo que los cuidados relacionados a la limpieza del cuerpo fueron realizados por la mayoría de los profesionales encuestados, resultados que se relacionan con la presente investigación.

Tabla N° 8.**Dimensión:** *Amortajamiento***Indicadores:** Participación de los familiares y Preparación para el traslado.

N°	Proposición	S		CS		AV		CN		N	
		Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
	Considera que en los cuidados <i>post mortem</i> se debe:										
24	¿Cubrir el cuerpo con una sábana hasta el nivel del cuello, por si la familia desea verlo?	78	73	10	10	8	8	1	1	8	8
25	¿Permitir a los familiares si lo desean, estar junto al paciente fallecido durante unos minutos, para despedirse?	94	88	7	7	1	1	1	1	4	4
26	¿Disponer de intimidad y proporcionar apoyo emocional a la familia en el proceso de duelo?	86	79	8	8	5	5	3	3	5	5
27	¿Entregar todas las pertenencias del paciente fallecido a los familiares?	101	94	1	1	0	0	0	0	5	5
28	¿Asegurar el cuerpo en la camilla para garantizar un buen traslado desde el área donde falleció hasta la morgue?	84	78	5	5	7	7	2	2	9	8

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 8, dimensión: amortajamiento. Indicador: participación de familiares. Se pudo evidenciar que para el ítem N° 24, el 73% de los profesionales de enfermería encuestados, manifestaron que “siempre” cubrieron el cuerpo del fallecido hasta el nivel del cuello, por si la familia deseaba verlo. Referente al ítem N° 25, el 88% “siempre” permitieron a los familiares si así lo deseaban, estar junto al paciente fallecido durante unos minutos para despedirse. En relación al ítem N° 26, el 79% “siempre” dispusieron de intimidad y proporcionaron apoyo emocional a la familia en el proceso de duelo. Concerniente al ítem N° 27, el 94% “siempre” entregaron todas las pertenencias del paciente fallecido. Finalmente, para el ítem 28, el 78% “siempre” aseguraron el cuerpo en la camilla para garantizar un buen traslado desde el área donde falleció hasta la morgue.

Estos resultados se asemejan a la investigación realizada por Chérrez et al. (2023) en donde se evidenció que más del 60% de los encuestados aseguró brindar apoyo psicológico a los familiares en su proceso de duelo. Por su parte, la investigación realizada por Gharzaryan y Guillem (2023) demostró que, si bien los profesionales de enfermería conocieron la importancia de los cuidados emocionales y espirituales a los familiares del usuario fallecido, el obstáculo principal es la falta de conocimiento sobre cómo hacerlo y la falta de recursos para ello.

Por otro lado, se pudo observar que existen discrepancias en investigaciones realizadas por Allauca y Badillo (2019) en la cual quedó demostrado que los profesionales de enfermería no dieron apoyo emocional a los familiares del difunto ni acompañamiento durante el proceso de duelo. A su vez, en el estudio realizado por De Oliveira et al. (2023) se observó la falta de empatía por parte del profesional de enfermería, al solo limitarse a preparar el cadáver.

Tabla N° 9.

Dimensión: *Registros de enfermería*

Indicadores: Organización de la historia clínica, actualización del kárdex de enfermería.

Nº	Proposición	S		CS		AV		CN		N	
		Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
	Considera que en los cuidados <i>post mortem</i> se debe:										
29	¿Revisar que el acta de defunción vaya completa?	72	68	7	7	3	3	6	6	17	16
30	¿Revisar que todos los registros de enfermería estén en orden?	98	91	4	4	1	1	0	0	4	4
31	¿Registrar la hora, fecha y motivo de la muerte en la evolución de enfermería?	98	91	1	1	1	1	1	1	6	6
32	¿Describir cada uno de los cuidados que se realizaron en la evolución de enfermería?	81	75	5	5	5	5	1	1	15	14

Fuente: Instrumento aplicado (2025)

En la tabla N° 9, dimensión: registros de enfermería. Indicadores: organización de la historia clínica y actualización del kárdex de enfermería. Se pudo evidenciar que para el ítem N° 29, el 68% de los profesionales de enfermería encuestados, manifestaron que “siempre” revisaron que

el acta de defunción vaya completa, a diferencia del 16% que indicaron que “nunca”. Referente al ítem N° 30, el 91% “siempre” revisaron que todos los registros de enfermería estén en orden, sin embargo, el 6% señalaron que “nunca”. En relación al ítem N° 31, el 91% “siempre” registraron la hora, fecha y motivo de la muerte en la evolución de enfermería, en contraposición a un 6% que manifestaron que “nunca”. Finalmente, para el ítem N° 32, el 75% “siempre” describieron cada uno de los cuidados que se realizaron en la evolución de enfermería, a diferencia de un 14% que indicaron que “nunca”.

Al examinar estos resultados, existe concordancia con lo explicado por Sánchez (2019), quien describe que los registros pertinentes a enfermería, en el contexto de los cuidados *post mortem*, abarcan la organización de la historia clínica, la identificación del cuerpo mediante rótulos, y el registro de la fecha, la hora y las características del fallecimiento del usuario en la evolución de enfermería.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

En base a los objetivos planteados y los resultados encontrados en el presente estudio se concluyó que el profesional de Enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) manifestó lo siguiente:

Para el objetivo N° 1, el cual identificó las características sociodemográficas del profesional de Enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo agosto 2024 - febrero 2025, los resultados demostraron que la mayoría de los encuestados tenían entre 26 a 35 años de edad, eran de género femenino, Licenciados en Enfermería, con menos de 10 años de servicio, laboraban en un turno de 12 horas y eran de religión católica

Para el objetivo N°2, el cual conoció las medidas de bioseguridad que realizaba el profesional de enfermería durante los cuidados *post mortem* en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo agosto 2024 - febrero 2025, se evidenció que la mayoría de la población encuestada siempre utilizaba bata desechable, gorro, tapaboca y guantes durante la ejecución de los cuidados *post mortem*, como también siempre realizaban la higiene de manos después de proporcionar dichos cuidados. Por otra parte, se evidenció que nunca utilizaban lentes de seguridad.

Para el objetivo N° 3, el cual diagnostico las técnicas de amortajamiento que aplica el profesional de enfermería en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo agosto 2024 - febrero 2025, se observó que la mayoría de los encuestados, siempre cerraron cortinas o colocaron biombos para garantizar la intimidad del difunto, siempre cerraron ojos y boca ejerciendo leve presión sobre ellos por unos minutos hasta estar completamente cerrados, siempre colocaron el cuerpo en posición decúbito supino y los brazos del difunto hacia los lados del cuerpo mientras realizaban la higiene con agua y jabón.

Así mismo, siempre retiraron la totalidad del material invasivo del cuerpo, siempre colocaron apósitos secos en las heridas o drenajes que quedaban abiertas después de extraer el material invasivo, siempre cubrieron el cuerpo del fallecido hasta el nivel del cuello, por si la familia deseaba verlo, permitiéndole estar junto al paciente durante unos minutos para despedirse, siempre envolvieron el cuerpo, además de colocarle etiquetas identificativas en brazo, pierna y tórax, asegurando el cuerpo en la camilla para garantizar un buen traslado desde el área donde falleció hasta la morgue.

No obstante, se evidenció que la mayoría del profesional de enfermería encuestado, nunca aplicaron presión sobre el abdomen para eliminar todo fluido corporal, nunca aspiraron la cavidad buconasofaríngea del fallecido para evitar reflujo de secreciones, nunca colocaron la prótesis dental en la boca para evitar deformidad facial, nunca colocaron una almohada debajo de la cabeza para evitar la hipostasia sanguínea y nunca cortaron ni fijaron con adhesivo los catéteres existentes en el cuerpo del difunto, en caso de haber indicada una autopsia.

Para el objetivo N°4, el cual indagó sobre los registros que realiza el profesional de enfermería durante los cuidados *post mortem* en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, período agosto 2024 – febrero 2025, se evidenció que la mayoría de los encuestados, siempre revisaron que el acta de defunción estuviera completa, siempre revisaron que todos los registros de enfermería estén en orden, siempre registraron la hora, fecha, motivo de la muerte y describieron cada uno de los cuidados que se realizaron en la evolución de enfermería.

5.2 Recomendaciones:

- Presentar los resultados de la presente investigación a la dirección del IAHULA, a las autoridades (Jefes, Coordinadores) y al personal de Enfermería, de manera que tomen en consideración la correcta aplicación del protocolo para los cuidados *post mortem*.

- Sugerir a los docentes de la Escuela de Enfermería, la realización de talleres educativos y jornadas académicas relacionados al fomento de la aplicación del protocolo de cuidados *post mortem*.
- Fomentar en el personal de enfermería la importancia de la aplicación del protocolo sobre los cuidados *post mortem*, de modo que puedan desarrollar habilidades y destrezas en dichos cuidados.
- A futuros investigadores dar continuidad a este proyecto factible, con las fases de ejecución y evaluación, teniendo como propósito mejorar el protocolo y hacer cumplir el mismo.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO VI

6. LA PROPUESTA

PROTOCOLO DE CUIDADOS *POST MORTEM* DE ENFERMERÍA



Los cuidados *post mortem* son un acto de amor y respeto, recordándonos que cada vida merece ser tratada con dignidad en su último cuidado.

6.1 Fundamentación de la Propuesta

El diseño de un protocolo de cuidados *post mortem* dirigido a los profesionales de enfermería que laboran en el IAHULA es una herramienta que garantiza al cuerpo del difunto la proporción de los cuidados esenciales, tratado con dignidad y respeto para ser trasladado al servicio de la morgue.

Así mismo, los cuidados *post mortem* tienen como objetivo proporcionar un cuidado humanizado que garantice en todo momento la conservación y mantenimiento de la integridad física de la persona fallecida, asegurando de esta manera una apariencia favorable para la familia y así mismo acompañar al familiar en ese momento de dolor.

Igualmente, el protocolo de cuidados *post mortem* va a proveer un conjunto de intervenciones de enfermería que avalará la estandarización de los cuidados de enfermería a la persona fallecida,

con fundamento teórico, filosófico y científico que permitirá proporcionar cuidados integrales y óptimos.

En este orden de ideas, Alligood y Tomey (2011), expresan en la Teoría del Final Tranquilo de la Vida, desarrollada por Ruland y Moore, que el cuidado maximice la calidad de vida y la paz en el proceso de muerte, priorizando el bienestar, la dignidad, y la proximidad de los seres queridos. Esta teoría enfatiza la importancia del personal de enfermería en la creación de una atención pacífica y compasiva durante el final de la vida. En el contexto de los cuidados *post mortem*, la teoría abarca los siguientes principios:

Experiencia de dignidad y respeto: se enfoca en el trato respetuoso y la consideración de las necesidades físicas del cuerpo.

Estado de tranquilidad: se busca la calma, la armonía y la ausencia de ansiedad o agitación en la familia.

Proximidad de los allegados: se promueve la participación de la familia y los seres queridos del paciente fallecido, fomentando la conexión y el apoyo emocional.

6.2 Justificación de la propuesta.

El diseño de un protocolo de cuidados *post mortem* refleja el respeto y la dignidad hacia la vida y la muerte, estos cuidados no solo involucran al profesional de enfermería, sino que también comprenden a los familiares, ya que ellos son los que están viviendo el dolor de su familiar fallecido. Un protocolo garantiza la acción sistemática y estandarizada de las prácticas en el cuidado, el cual minimiza el riesgo de errores y asegura el trato humano y compasivo con el cuerpo de la persona fallecida.

Sin embargo, se puede decir que la falta de un protocolo de cuidados post mortem específico resulta desfavorable para el cuidado post mortem lo que puede conllevar a situaciones incómodas o insatisfactorias tanto para el personal como para la familia. Es por ello, que surge la necesidad de la capacitación continua en estos procedimientos, siendo de vital importancia ya que permite al profesional de enfermería sentirse más seguro y preparado para enfrentar estas situaciones sensibles. Al respecto, un enfoque sistemático no solo mejora la calidad de la atención, sino que también promueve un ambiente de trabajo más profesional y respetuoso, el cual respalda el

desempeño en su labor. Por lo tanto, contar con un protocolo que permita la orientación sistematizada con técnicas y procedimientos ya descritos se hace más eficiente y eficaz el cuidado al cuerpo de la persona fallecida

6.3 Objetivos específicos:

- Preservar la intimidad y dignidad de la persona que fallece.
- Garantizar una imagen limpia del fallecido(a), incluyendo maniobras que permitan el adecuado amortajamiento del cadáver.
- Proporcionar apoyo emocional a la familia de la persona fallecida.
- Garantizar un registro de enfermería acorde con los aspectos éticos y legales que involucren la muerte de la persona en la institución hospitalaria.

6.4 Objetivo Terminal

Estandarizar los cuidados de Enfermería *post mortem* que se aplican a la persona que fallece en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), para garantizar un cuidado digno y respetuoso en esta etapa del ciclo vital.

6.5. Recursos necesarios para el desarrollo del Protocolo de Cuidados *Post Mortem*.

6.5.1 Recursos Materiales

Modelado, cama clínica, gorro, tapaboca, bata, lentes de seguridad, riñonera, jofaina con agua, jabón, toalla, pañal, torundas de algodón, adhesivo, tijeras, vendas, sondas de aspiración, aspirador con fiola, sabana, almohada, rótulos, papelería de enfermería, cámara fotográfica, laptop, bolígrafos, sillas, laboratorio de enfermería práctica.

6.5.2 Recursos Humanos

Cuatro estudiantes de enfermería.

6.6 Factibilidad de la Propuesta

A nivel institucional la factibilidad de la propuesta se observa en el diseño del protocolo de cuidados de enfermería *post mortem*, en este sentido se fortalece la función asistencial, el cual contribuye a la operatividad de la asistencia adecuada del cuerpo de la persona fallecido

6.6.1. Factibilidad Técnica.

La presente propuesta consolida el objetivo de esta investigación, su operatividad no requiere de equipos sofisticados, ni herramientas especiales; simplemente capacita al profesional de enfermería en las técnicas y procedimientos de los cuidados *post mortem*.

6.6.2. Factibilidad Social.

La factibilidad social está reflejada en el entorno que rodea a los profesionales de Enfermería y el respeto de la dignidad humana de la persona fallecida, así mismo se favorece el proceso de duelo de la familia, en las diferentes áreas del IAHULA.

6.6.3. Factibilidad Económica.

El protocolo de cuidados *post mortem* tendrá un bajo costo, ya que este tipo de cuidado es inherente a la función de los profesionales de enfermería.

6.7 Metodología de la Propuesta.

El diseños de la propuesta se realizó a través de una revisión teórica practica que permitió estandarizar los cuidados *post mortem*, lo cual va a contribuir en la habilidad y destrezas de los profesionales de enfermería a través de cada uno de los pasos, técnicas y procedimientos a ejecutar en el cuidado.

6.8. Descripción de la Propuesta.

Los protocolos son un conjunto de directrices que proporcionan un marco claro y sistemático que asegura la calidad en la ejecución de tareas, son vitales para garantizar que se sigan prácticas adecuadas y se minimicen riesgos, tanto para los pacientes como para los profesionales. Al respecto, la Real Academia Española (RAE, 2025) definen un protocolo como una “secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc.” (p.^{s/p}). Por su parte, Sánchez

et al. (2011, como se citó en Morales et al., 2018) manifiestan que “los protocolos son fruto del consenso entre expertos” (p. 11), por ende, se desprende de estos conceptos la idea de que un protocolo se estructura de diferentes acciones dirigidas hacia una actividad.

Siguiendo este mismo orden de ideas, Muñoz (2001, como se citó en Reconde y Peña, 2019) sugiere que los protocolos de enfermería se conforman por el abanico de acciones que sirven de estrategias para “unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería” (p.3). Ante lo descrito anteriormente, se diseña el protocolo estandarizado para el manejo del cuerpo de la persona fallecida, siguiendo las etapas: preparación de los materiales, medidas de bioseguridad, amortajamiento y registros de enfermería.

www.bdigital.ula.ve

PROTOCOLO DE CUIDADOS *POST MORTEM* DE ENFERMERÍA

ETAPA NÚMERO 1: PREPARACIÓN DE LOS MATERIALES

1. Preparación de todo el material necesario:

- Gorro
- Tapaboca
- Bata
- Lentes de seguridad
- Dos (2) jofainas con agua
- Jabón
- Pañal
- Toalla
- Torundas de algodón
- Adhesivo
- Vendas
- Sonda de aspiración
- Aspirador
- Sábana
- Guantes no estériles
- Jeringas de 10cc
- Toallas húmedas
- Tijeras



Razonamiento: Preparar los materiales previamente al inicio de los cuidados, evita retrasos e interrupciones, especialmente cuando se ha olvidado algo y se necesita salir de la habitación reiteradas veces (Socorro, 2016).

2. Elaboración de cuatro (4) rótulos adhesivos con la información del usuario fallecido.

Nombres y apellidos: _____	Sexo: _____ H.C.: _____
Fecha de defunción: _____	Hora de defunción: _____
Área de ubicación: _____	Nº de cama: _____
Causa de muerte – Infectocontagioso o no	

Razonamiento: La elaboración de los rótulos correctamente evita confusiones en la identificación del cuerpo, así como problemas médico-legales o inconvenientes con la funeraria (Socorro, 2016).

www.bdigital.ula.ve

ETAPA NÚMERO 2: MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

1. Colocación del gorro



2. Colocación del tapaboca



3. Colocación de la bata



4. Colocación de los lentes de seguridad



5. Colocación de los guantes



Razonamiento: Para realizar los cuidados *post mortem*, se requieren de medidas de bioseguridad estándar, dado que “las medidas de bioseguridad ante la manipulación de un cadáver pueden predisponer a la contaminación por microorganismos, como resultado, se hace imperativo su cumplimiento para promover una técnica adecuada”. (Suárez et al., 2016, p.39).

ETAPA NÚMERO 3: AMORTAJAMIENTO.

1. Aislamiento del cadáver, ya sea usando cortinas, biombos o conduciéndolo a un lugar privado, como un ambiente vacío o habitación



Razonamiento: Según Chérrez et al., (2023) “la privacidad del cuerpo requiere recursos humanos y materiales que optimicen los cuidados *post mortem* en esta etapa, aunado al hecho de que se vuelve necesario para la prevención de contaminación cruzada (p. 1226).

2. Cierre de los parpados del cadáver, en caso de que los tenga abiertos, ejerciendo una leve presión sobre ellos.



Razonamiento: Esto permite disminuir el impacto psicológico de los dolientes, pues el aspecto del fallecido va a aparentar que sigue dormido (Socorro, 2016).

3. Retiro y resguardo de elementos personales del cuerpo (prendas, joyas, entre otros).



Razonamiento: Esta acción favorece la entrega de las pertenencias del fallecido a los familiares (Socorro, 2016).

4. Aspiración de la cavidad buconasofaríngea, para evitar reflujo de cualquier fluido corporal.



Razonamiento: Según Wilson y White (2015), se recomienda realizar esta técnica con el fin de que las secreciones acumuladas por la falta de tono muscular y extravasación de líquidos promuevan el depósito de secreciones.

5. Cierre de la boca, haciendo presión sobre la misma hasta que esté completamente cerrada.



Razonamiento: Lo ideal es mantener en lo posible la forma original del rostro y la boca, lo cual promueve una impresión más agradable a los familiares (Socorro, 2016).

6. Colocación del cuerpo en posición supina, con los brazos hacia los lados del cuerpo y la almohada debajo de la cabeza y los hombros.



Razonamiento: Según Muñoz et al. (2020), “el cuerpo suele ser colocado en posición supina en la cama, con una almohada debajo de la cabeza. Esta se eleva un poco para evitar la hipostasia sanguínea, que podría alterar la coloración de la cara” (p. 765).

7. Retiro de todo elemento invasivo del cuerpo del fallecido: drenaje, apósito, venoclisis, sondas y otros (se exceptúan casos médico-legales). En caso de autopsia indicada, cortar 2,5cm los catéteres y fijar con adhesivo.



Razonamiento: Se debe retirar todo tipo de material invasivo y no invasivo como sondas, vías venosas, tubos oro traqueales, catéteres, puntos de sutura de catéteres y drenajes que posea el

difunto, teniendo cuidado en no provocar lesiones tisulares. Es importante realizarlo con delicadeza, debido al *algor mortis*, la piel pierde elasticidad y se puede desgarrar con facilidad (Allauca y Badillo, 2019).

9. Aplicar presión sobre el abdomen para eliminar todo fluido corporal.



Razonamiento: Es necesario aplicar presión ligeramente en el abdomen ya que esto eliminará líquidos y gases contenidos en estómago, intestinos y vejiga (Contreras, 2024).

9. Limpieza y secado del cadáver, dando un baño total o parcial, según sea el caso (se exceptúan casos médico-legales)

Razonamiento: Al respecto, Herráiz (2009, como se citó Farrera, 2018) manifiesta que “de



inmediato la enfermera(o) que cumple la atención al cuerpo se ocupará de la higiene del mismo, garantizando una imagen limpia y aseada del fallecido” (p.38)

10. Colocación de apósitos secos en los orificios, heridas abiertas, puntos de drenajes.



Razonamiento: Se debe taponar todas las salidas en las que pueda haber fuga de fluidos como son la sangre y las demás secreciones. Eso incluye los puntos de inserción de los catéteres y drenajes (Farrera, 2018).

11. Colocación de pañal para adsorber y recoger restos de orina y heces.



Razonamiento: Se pone pañal absorbente para recoger la posible salida de orina u otras secreciones (Muñoz, 2020).

12. Colocación de las manos del cadáver cruzadas sobre el abdomen, luego de la higiene.



Razonamiento: Ayuda a mantener el alineamiento y favorece el trabajo de personal de la funeraria. De igual modo, mejora la apariencia del difunto (Socorro, 2016).

13. Cobertura del cuerpo con la cobija hasta el nivel del cuello, por si la familia desea verlo.



Razonamiento: Mejora la apariencia del difunto, especialmente cuando se reemplaza la lencería sucia por limpia (Socorro, 2016).

14. Entrega de todas las pertenencias del fallecido a los familiares.



Razonamiento: Al respecto, Aullauca y Badillo (2019) sugieren “recoger y guardar las pertenencias del paciente fallecido y entregárselas a un miembro de la familia procurando que este un personal de salud” (pag.18).

www.bdigital.ula.ve

15. Proporción de intimidad y apoyo emocional a la familia en el proceso de duelo.



Razonamiento: El apoyo emocional brindado por los profesionales de enfermería es crucial para las familias que atraviesan el proceso de duelo (Aullauca y Badillo, 2019).

16. Permitir a los familiares si lo desean, estar junto al paciente fallecido durante unos minutos, para despedirse



Razonamiento: Es importante permitir a los familiares y/o amigos que expresen su visión, dolor, pena y contacto físico con la persona fallecida, si las condiciones del cadáver lo permiten. Inclusive, facilitar manifestaciones y ritos según creencias, cultura y religión (Díaz y Bagnasco, 2012).

17. Colocación de los tres (3) rótulos adhesivos en un brazo, una pierna y en el tórax.



Razonamiento: La identificación del cuerpo evita que el personal de la morgue confunda el cuerpo y garantizan su llegada al servicio correspondiente (Socorro, 2016).

18. Envoltura del cuerpo, ubicando la sabana debajo del mismo, doblándola de la siguiente manera:





Razonamiento: La envoltura del cuerpo permite cubrir el cadáver en su traslado a la morgue, mantiene la integridad del cuerpo ante espectadores innecesarios y ayuda a conservar el alineamiento del cuerpo (Socorro, 2016).

19. Colocar el último rótulo adhesivo sobre la sábana.



Razonamiento: La envoltura del cuerpo permite cubrir el cadáver en su traslado a la morgue, mantiene la integridad del cuerpo ante espectadores innecesarios y ayuda a conservar el alineamiento del cuerpo (Socorro, 2016).

20. Lavado de manos después de terminar con el procedimiento.



Razonamiento: En cuanto a esto, Sánchez y Hurtado explican que “el correcto lavado de las manos cobra vital importancia para disminuir la posibilidad de transmisión de infecciones por el personal médico y de enfermería” (p. 492).

www.bdigital.ula.ve

ETAPA NÚMERO 4: REGISTROS DE ENFERMERÍA

1. Revisar que el acta de defunción tenga todos los datos correspondientes al deceso.



www.bdigital.ula.ve

2. Revisar que todos los registros estén en orden (kárdex, hoja de tratamiento y evolución de enfermería)



3. Registrar hora, fecha y motivo de muerte, así como los cuidados en la evolución de enfermería.



Razonamiento: Con respecto a los registros de enfermería, Socorro (2016) señala que los datos a plasmar deben ser lo más específicos posibles, sin pasar por alto los hechos que llevaron al fallecimiento del usuario, la notificación realizada a los familiares, los consentimientos legales, las características del cuerpo y los cuidados *post mortem* realizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, N., Murgas, K. y Perdomo, M. (2018). *Protocolo de medidas de aislamiento hospitalario en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de la Clínica Medicadiz S.A.S. en la ciudad de Ibagué*. <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/PROYECTO%20GESTION%20AISLAMIENTO%20HOSPITALARIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Allauca, J. y Badillo, G. (2019). Intervenciones de enfermería y su incidencia en los cuidados post mortem del área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar, periodo mayo – septiembre 2019. [Tesis de Grado,. Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6564/P-UTB-FCS-ENF-000150.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Apagüño, C. (2022). Conocimiento y prácticas sobre el protocolo de aspiración de secreciones, profesional de enfermería cuidados intensivos, Hospital de Lima 2022. [Tesis de Especialidad, Universidad Norbert Wiener]. https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7353/T061_44398220_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. (6ª ed.). Caracas, Venezuela: Editorial Episteme.
- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica*. (6ta. ed.). Editorial Episteme. https://tauniversity.org/sites/default/files/libro_el_proyecto_de_investigacion_de_fidias_g_arias.pdf
- Avecillas, D., y Lozano, C. (2016). Medición de la Confiabilidad del Aprendizaje del Programa RStudio Mediante Alfa de Cronbach. *Revista Politécnica*, 37(1), 1-8. https://revistapolitecnica.epn.edu.ec/ojs2/index.php/revista_politecnica2/article/view/469/pdf

- Bautista, L., Delgado, C., Hernández, Z., Sanguino, F., Cuevas, M., Arias, Y. y Mojica, I. (2013). Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. *Revista ciencia y cuidado*, 10(2), 127-135. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4698254.pdf>
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. y Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Editorial Elsevier.
- Cajusol, E. (2017). Conocimientos sobre lavado de manos clínico en los enfermeros de la segunda especialidad en Centro Quirúrgico-UNMSM. Lima-Perú. 2016. [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://core.ac.uk/download/pdf/323342653.pdf>
- Campo-Arias, A., y Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública*, 10(5), 831-839. <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2008.v10n5/831-839/es>
- Cánovas, M. (2020) Procedimiento a seguir por el celador ante el fallecimiento de un paciente. *Ocronos*, 3(5), 701. <https://revistamedica.com/procedimiento-celador-fallecimiento-paciente/>
- Carvajal, E. y Sánchez, B. (2018). Los modelos de enfermería aplicados en la práctica clínica: revisión integrativa. *Arch Med (Manizales)*, 8(1), 127-135. <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1701/3156>
- Celina, H., y Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(004), 572 – 580. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80634409.pdf>
- Chauca, J. (2018). Nivel de calidad en el uso de barreras de protección del Profesional de Enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Carlos lanfranco La Hoz, Puente Piedra, 2018. [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional del Callao]. https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3112/Chauca%20Uman_Tesis_2da_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cherrez, N.; Mora, M. y Rodríguez, J. (2023) Calidad de atención de enfermería y su repercusión en cuidados postmortem. *Pol. Con.*, (Edición núm. 81) 8(4), 1215 – 1240.
<http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>

Código deontológico de enfermería Venezuela (2008, 27 y 28 de noviembre). Asamblea Nacional extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela.
<http://laenfermeriavenezolana.blogspot.com/p/ley-del.html>

Código Orgánico Procesal Penal. (2021, 17 de septiembre). Asamblea Nacional extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Número: N° 6.694.
<https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/leyes/ley-organica-de-reforma-del-codigo-organico-procesal-penal-20211004180004.pdf>

Contreras, K. (2024) Programa de intervención para educar estudiantes auxiliares de enfermería sobre los cuidados post mortem en un instituto privado en Ecuador. [Tesis para maestría] Universidad Cesar Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/148406>

De Oliveira, N.; Da Silva, M.; Marques, S.; Machado, E.; Dos Reis, L. y Chaves, E. (2023). A importância da assistência de enfermagem frente aos cuidados do corpo pós morte: uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*, 12 (3): 1-11.
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/37913/33080>

De Almeida, M., de Sousa, P., Aguado, M., Gómez, S. y Pina, P. (2021). El modelo teórico enfermero de Florence Nightingale: una transmisión de conocimientos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(2021), 1-13.
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FCtdhW9CT3k47gJS9KTSXkk/?format=pdf&lang=es>

De Arquer, M. (1995). Fiabilidad Humana: métodos de cuantificación, juicio de expertos. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_401.htm

- Díaz, A. y Bagnasco, B. (2012). Procedimiento Cuidados Post mortem. *División de Enfermería Hospital de Clínicas*. <https://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/082cuidados-postmorte.pdf>
- Duran, F. (2017). El amortajamiento del paciente como función de enfermería. México. [Memoria de experiencia laboral, Universidad Autónoma del estado de México]. <https://core.ac.uk/download/pdf/154795679.pdf>
- Farrera, V. (2018). *Cuidados Post Mortem de Enfermería a Pacientes del Hospital Central San Cristóbal estado Táchira*. [Tesis de Grado, Universidad Nacional Experimental “Rómulo Gallegos”]. <https://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/1577759/1/FarreraLiraVA.pdf>
- Fernández-Silva, C.; Mancilla, C.; Kappes, M. y Antiñirre, B. (2024). Actitudes ante la muerte en profesionales de enfermería latinoamericanos: una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 13 (2): 1-15. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v13n2/2393-6606-ech-13-02-e3772.pdf>
- Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador [FEDUPEL]. (2016). *Manual de trabajos de grado de Especialización, Maestría y tesis doctorales*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3993.pdf>
- Freitas, T., Banazeski, A., Eisele, A., de Souza, E. N., Bitencourt, J. y Souza, S. (2016). La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enfermería global*, 15(41), 322-334. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/revision2.pdf>
- Galmés, M. (2012). *Métodos de muestreo*. Uruguay: Food and Agriculture Organization United Nations – FAO, 2012
- Ghazaryan, R. y Guillem, M. (2023). Responsabilidades éticas acerca de los cuidados post-mortem desde una perspectiva holística. [Tesis de Grado, Universitat Rovira it Virgili].

<https://repositori.urv.cat/fourrepo/rest/audit/digitalobjects/DS?objectId=TFG%3A6936&datasreamId=Mem%C3%B2ria&label=TFG%3A6936&mime=application/pdf&lang=ca>

Hankin, D., Mohr, M., y Newman, K. (2019). *Stratified sampling*. Sampling Theory. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198815792.003.0005>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. (6ta ed.). McGraw Hill Education. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

Hurtado, J. (2000). Metodología de la Investigación Holística. Fundación Sygal. <https://ayudacontextos.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/04/jacqueline-hurtado-de-barrera-metodologia-de-investigacion-holistica.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (2024). *Resumen de Estadísticas INE, 1999-2023*. https://ine.gob.ve/wp-content/uploads/2024/08/Resumen_de_estadisticas_1999-2023.pdf

León, C. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer*, 22(4), 1-1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007#autor

Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2005, 1 de septiembre). Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Número: N° 38.263. <https://docs.venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-del-ejercicio-profesional-de-la-enfermeria.pdf>

Ley Orgánica de Registro Civil. (2009, 15 de septiembre). Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Número: N° 39.264. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2015/10005.pdf>

Malhotra, N. (2004). *Investigación de mercados. Un enfoque práctico*. (4ª ed.). México: Pren-tice-Hall.

Manta, P. y Huaranga, I. (2020) Actitud del personal de enfermería frente a la muerte del paciente en el servicio de emergencias del Hospital José Casimiro Ulloa. Lima. Universidad Nacional del Callao.

<https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5368/Manta%20%2c%20Huaranga%20FCS%20DA%20ESPE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martínez, M., García, M., Zamora, Y., Quintanilla, G. y Villar, C. (2011). *Protocolo Cuidados Postmortem*.

<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/e3b606c6c8cf577e80629d3a0191adcc.pdf>

Marrero, C. y García, A. (2019). Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. *Ene*, 13(2), 1-13. <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n2/1988-348X-ene-13-02-e1321.pdf>

Martínez, M., Vivas, A., Solís, D., y Bastidas, C. (2020). Estudio de factibilidad en el desarrollo de estrategias socioeducativas para la gestión escolar en educación. Docentes Escuela Básica Talca, Región del Maule-Chile. *Revista Estudios en Educación* 3(5), 26 -47. <http://ojs.umc.cl/index.php/estudioseneducacion/article/view/138/87> (no hay cita para esta referencia)

Martínez, M. y Vivas, A. (2022). Guía de modalidad de proyecto factible: etapas, propuesta, ejecución y evaluación. Programa de Licenciatura en Educación. Universidad Miguel de Cervantes de Chile. http://estudios.umc.cl/wp-content/uploads/2023/01/Gu%C3%ADa-de-Modalidad-de-Proyecto-Factible_-Mart%C3%ADnez-Vivas_-2022_LED-UMC_compressed.pdf

Meneses, J. e Izquierdo, E. (2013) Norma técnica hospitalaria para manipulación de cadáveres. Viceministerio de hospitales, MSPAS. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JM5Z.pdf

Molina, M., Aranda, M., Flores, M., y López, M. (2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. *11th Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology* (págs. 1-9). Cancún, México: LACCEI.

Morales, D., Vila, D. y Rodríguez, A. (2018). Evaluación de protocolos para la atención inicial del trauma maxilofacial grave. *Revista Cubana de Estomatología*, 55(2), 1-14.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072018000200002&script=sci_arttext

Muñoz, G., Junquera, L. y Centeno, C. (2020). XX. Cuidados postmortem. (Ed.), *Cuidados paliativos: Avance sin final*. (Quinta ed., pp. 751 – 812). Editorial Formación Alcalá.
<https://clicformacion.es/scorms/34/ljTIpH84VoWGt9D08940.pdf#page=751>

Nazareno, S. y Ortiz, J. (2022). Cumplimiento de las barreras de bioseguridad por el personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Teodoro. [Tesis de Grado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].
<http://www.htnc.gob.ec:8080/jspui/bitstream/123456789/80/1/CUMPLIMIENTO%20DE%20LAS%20BARRERAS%20DE%20BIOSEGURIDAD%20POR%20EL%20PERSONAL%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20LA%20UNIDAD%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVOS%20DEL%20HOSPITAL%20DE%20ESPECIALIDADES%20TEODORO%20MALDONADO%20CARBO%2c%20A%c3%91O%202021.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *World Health Statistics 2023*.
<https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2023-a-visual-summary>

Osorio, L. (2022). Conocimiento sobre el uso de equipo de protección personal y su relación con las prácticas del profesional de enfermería durante la pandemia del covid-19 en la uci de un hospital nacional lima, 2022. [Tesis de Especialidad, Universidad Privada Norbert Wiener].
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e1cc302f-7a2f-46dc-bd50-300b828567c2/content>

Palella, S. y Martins, F. (2003). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. (2da. ed.). Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Experimental Libertador FEDEUPEL.

Palella, S., y Martins, F. (2017). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. (6ta Ed.) Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador – FEDUPEL editores.

Pulgar, T. (2019) Cuerpo muerto y ética. Responsabilidades éticas del equipo de enfermería en los cuidados post mortem. [Tesis de Magister, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/168629/TESIS%20TAMARA%20SOLEDAD%20PULGAR%20VARGAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Real Academia Española, (2001). Mortaja. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 13 de octubre de 2024. <https://www.rae.es/drae2001/mortaja>

Real Academia Española, (2024). Privacidad. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 13 de octubre de 2024. <https://dle.rae.es/privacidad>

Real Academia Española, (2025). Protocolo. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 24 de marzo de 2024. <https://dle.rae.es/protocolo>

Reconde, D. y Peña, M. (2019). Las regularidades teóricas de los protocolos de actuación de enfermería como resultado científico enfermero. *ENE*, 13(2), 1-13. <https://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/899/protocolos>

Rocco, L. (2012). *Metodología de la investigación*. Barcelona. España. Editorial Humanitas.

Sánchez, M. (2019). Tema 2. Preparación post mortem. L. Mordillo (Ed.), *Manual de Procedimientos Generales de la División de Enfermería* (Primera ed., pp. 20 – 23). Hospital Nacional de Paraplégicos. https://www.researchgate.net/profile/Maria-Angustias-Alaminos/publication/347555795_Libro_completo_PDF/links/5fe1b96792851c13fead97cc/Libro-completo-PDF.pdf#page=16

- Sánchez, Z. y Hurtado, G. (2020). Lavado de manos. Alternativa segura para prevenir infecciones. *Medisur*, 18(3), 492-495. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v18n3/1727-897X-ms-18-03-492.pdf>
- Silva, C. (2010). Técnica de Lavado de Manos. *Revista de Enfermería*, 14, 14-16. <https://www.fundasamin.org.ar/archivos/T%C3%A9cnica%20de%20Lavado%20de%20Manos.pdf>
- Silva, J. y Torres, J. (2019). Creencias científicas y religiosas acerca de la muerte y la vida después de la muerte: Validación de una escala. *Integración Académica en Psicología*, 7(20), 76-87. <https://www.integracion-academica.org/attachments/article/232/Integracion%20Academica%20en%20Psicologia%20V7N20.pdf#page=79>
- Skjong, R. y Wentworth, B. (2000). Expert Judgement and risk perception. *International Ocean and Polar Engineering Conference*. <http://research.dnv.com/skj/Papers/SkjWen.pdf>
- Socorro, D. (2016). *Enfermería Básica. Fundamentos y Procedimientos*.
- Suárez, M. (2013). Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado. *Cienc. innov. Salud*, 1(2), 126–133. <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/59/45>
- Suárez, M., Watanabe, R., Soto, C. y Alen, J. (2016). *Manual de Bioseguridad del Hospital Nacional Hipólito Unanue*. <http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/EPIDEMIOLOGIA/SALA%20SITUACIONAL%202013/MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD%20HNHU%202013%20Rev.pdf>
- Tristán, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*, 6(1), 37-48.
- Vásquez, M. (2011). Trabajo de investigación tercera parte. http://mireyavasquez.blogspot.com/2011/08/trabajo-de-investigacion-terceraparte_31.html.

Villasís, M. y Miranda, M. (2016) El protocolo de investigación IV: Las variables de estudio. *Revista Alergia México*, 63(3). 303-310. <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755025003.pdf>

Wilson, J. y White, C. (2015). *Guidance for staff responsible for care after death (last offices)*. London: National End of Life Care Programme and National Nurse Consultant Group (Palliative Care). <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/10/Guidance-for-Staff-Responsible-for-Care-after-Death.pdf>

Young, P., Hortis, V., Chambi, M. y Finn, B. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista médica de Chile*, 139(6), 807-813. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600017&script=sci_arttext&tlng=pt

www.bdigital.ula.ve

[ANEXO A.]

CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA A TRAVES DEL COEFICIENTE ALFA DE CROBACH

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,875	32

Estadísticos de los Elementos

Nº	Ítems	Media	Desviación Estándar	n
	Considera que en los cuidados post mortem se debe:			
1	¿Realizar higiene de manos después de proporcionar los cuidados post mortem?	4,6000	1,26491	10
2	¿Utilizar mientras se ejecutan los cuidados, bata desechable?	2,5000	1,77951	10
3	¿Utilizar mientras se ejecutan los cuidados, gorro?	2,0000	1,63299	10
4	¿Utilizar mientras se ejecutan los cuidados, tapabocas?	3,4000	1,89737	10
5	¿Utilizar mientras se ejecutan los cuidados, guantes?	4,2000	1,39841	10
6	¿Utilizar mientras se ejecutan los cuidados, lentes de seguridad?	2,0000	1,63299	10
7	¿Cerrar las cortinas o colocar biombos, respetando la intimidad del cuerpo de la persona fallecida?	4,9000	0,31623	10
8	¿Cerrar los ojos, haciendo presión sobre los mismos por unos minutos hasta que estén completamente cerrados?	4,6000	0,84327	10
9	¿Aspirar la cavidad buconasofaríngea para evitar el reflujo de secreciones?	3,3000	1,41814	10
10	¿Si tiene prótesis dentales que esté al alcance, colocarla para evitar deformidad en la cara del fallecido?	3,3000	2,00278	10
11	¿Cerrar la boca, haciendo presión sobre la misma por unos minutos hasta que esté completamente cerrada?	4,8000	0,42164	10
12	¿Colocar el cuerpo en posición decúbito supino?	4,9000	0,31623	10
13	¿Colocar los brazos del fallecido a ambos lados del cuerpo mientras se realiza el cuidado de higiene?	4,6000	1,26491	10
14	¿Colocar las manos cruzadas sobre el abdomen, luego de la higiene del cuerpo?	3,4000	1,83787	10
15	¿Colocar una almohada debajo de la cabeza y los hombros, para evitar la hipostasia sanguínea que pueda alterar la coloración de la cara?	2,9000	2,02485	10

Nº	Ítems	Media	Desviación Estándar	N
16	¿Retirar el material invasivo teniendo precaución de no provocar lesiones tisulares?	4,9000	0,31623	10
17	¿En caso de haber una autopsia indicada, cortar 2,5 cm los catéteres existentes y fijarlos con adhesivo?	2,7000	2,00278	10
18	¿Colocar apósitos secos en los orificios (herida abiertas o punto de drenaje) una vez retirado el material invasivo?	4,8000	0,42164	10
19	¿Aplicar presión sobre el abdomen para eliminar todo fluido corporal?	2,9000	1,79196	10
20	¿Realizar higiene corporal con agua y jabón?	2,0000	1,33333	10
21	¿Secar el cuerpo y reemplazar los apósitos mojados y manchados con fluidos corporales?	4,2000	1,68655	10
22	¿Colocar pañal para absorber y recoger restos de orina y heces?	3,8000	1,61933	10
23	¿Envolver el cuerpo del paciente fallecido con una sábana, además de colocarle etiquetas identificativas, en brazo, pierna y tórax?			
24	¿Cubrir el cuerpo con una sábana hasta el nivel del cuello, por si la familia desea verlo?	4,5000	1,26930	10
25	¿Permitir a los familiares si lo desean, estar junto al paciente fallecido durante unos minutos, para despedirse?	4,9000	0,31623	10
26	¿Disponer de intimidad y proporcionar apoyo emocional a la familia en el proceso de duelo?	4,5000	0,84984	10
27	¿Entregar todas las pertenencias del paciente fallecido a los familiares?	5,0	0	10
28	¿Asegurar el cuerpo en la camilla para garantizar un buen traslado desde el área donde falleció hasta la morgue?	4,5000	1,08012	10
29	¿Revisar que el acta de defunción vaya completa?	4,1000	1,66333	10
30	¿Revisar que todos los registros de enfermería estén en orden?	4,8000	0,63246	10
31	¿Registrar la hora, fecha y motivo de la muerte en la evolución de enfermería?	5,0	0	10
32	¿Describir cada uno de los cuidados que se realizaron en la evolución de enfermería?	4,9000	0,31623	10

Fuente: Cálculos propios

[ANEXO B.]



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Yo, Jackson Lenno Rojas Rangel. C.I:19.677.204, hago constar que he leído el Trabajo Especial de Grado titulado: **"PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADOS POST MORTEM, DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA), AGOSTO 2024 – FEBRERO 2025"** Presentado por las ciudadanas Cuevas Albany C.I.: V-25.560.515 y Pernía Betzy C.I.: 20.832.268 para optar al Grado de Licenciado en Enfermería y acepto asesorar al participante en calidad de tutor, durante la etapa de desarrollo y presentación del Trabajo de Grado.

A handwritten signature in black ink, reading "Jackson L. Rojas R.", written over a horizontal line.

Tutor: Prof. Rojas Jackson Lenno.

C.I: 19.677.204

MPPS:



[ANEXO C.]

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
MÉRIDA- ESTADO MÉRIDA**



PÁGINA DE APROBACIÓN

JURADO PRINCIPAL

FIRMA

Nombre _____

C.I. _____

www.bdigital.ula.ve

JURADO PRINCIPAL

FIRMA

Nombre _____

C.I. _____

JURADO PRINCIPAL

FIRMA

Nombre _____

C.I. _____

FECHA DE APROBACIÓN

[ANEXO D.]



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

**PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, ELSY SOSA GIL, titular de la Cédula de Identidad N° 3.991.846, de profesión Licenciada en Enfermería, ejerciendo actualmente como TITULAR (JUBILADA ACTIVA) en DESARROLLO PERSONAL, PSIQUIATRÍA Y METODOLOGÍA Profesor en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: "PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADOS POST MORTEM, DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA), AGOSTO 2024 – FEBRERO 2025" durante el periodo Agosto – Febrero 2024"

A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems		X		
Coherencia entre variables, objetivos, indicadores e ítems				X
Claridad y precisión		X		
Pertinencia			X	

En Mérida, a los 30 días del mes de OCTUBRE del 2024.

Nombre y Apellido **ELSY SOSA GIL.**

Firma



[ANEXO E.]



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

**PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, ROSALIA UZCATEGUI, titular de la Cédula de Identidad N° 8.048.995, de profesión LICENCIADA EN ENFERMERÍA, ejerciendo actualmente como DOCENTE Profesora en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: "PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADOS POST MORTEM, DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA), AGOSTO 2024 – FEBRERO 2025", durante el periodo Agosto – Febrero 2024"

A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de Ítems		X		
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems		X		
Coherencia entre variables, objetivos, indicadores e ítems				X
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

En Mérida, a los 7 días del mes de noviembre del 2024.

Nombre y Apellido ROSALIA UZCATEGUI

Firma

Uzcategui Rosalía



[ANEXO F]



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

**PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Felicia La Cruz Montes titular de la Cédula de Identidad N° 8040053, de profesión Licda en Enfermería, ejerciendo actualmente como profesor en ULA y Profesor en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: "PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADOS POST MORTEM, DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA), AGOSTO 2024 – FEBRERO 2025", durante el periodo Agosto – Febrero 2024"

A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de Ítems				x
Amplitud de contenido				x
Redacción de los Ítems			X	
Coherencia entre variables, objetivos, indicadores e ítems				X
Claridad y precisión				x
Pertinencia				X

En Mérida, a los 14 días del mes de noviembre del 2024.

Nombre y apellido *Felicia La Cruz Montes* C.I. 8040053

Firma *[Firma manuscrita]*

[ANEXO G]

Mérida, 19 de noviembre de 2024

Hospital “Tulio Carnevalli Salvatierra”.**Dr. Franklin Ramírez, director.****Lcda. Keyla Chacón, jefe de Enfermería.**

Nos dirigimos a ustedes, en la oportunidad de solicitar la colaboración de esta institución a fin de aplicar una prueba piloto para el proyecto de Trabajo Especial de Graso en la Licenciatura en Enfermería que cursamos actualmente en la Universidad de Los Andes, el cual está siendo supervisado por el profesor, Lcdo. Lenno Rojas.

Es el caso que actualmente estamos realizando la Tesis titulada: “Propuesta de un protocolo para los cuidados post mortem, dirigido al profesional de Enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes Mérida estado Mérida, período agosto 2024 – febrero 2025.”, dicho protocolo será aplicado al profesional de enfermería adscrito a la ya mencionada institución. No obstante, antes de aplicarlo es necesario observar el conocimiento que manejan los profesionales de enfermería sobre los cuidados post mortem, por lo que se tomará una muestra representativa de los profesionales de enfermería del servicio de Emergencias del Hospital Tulio Carnevalli Salvatierra, para aplicarles un instrumento diseñado para tal fin.

Es de hacer notar que dicho instrumento mide los Cuidados Post Mortem en una escala de tipo Likert, formado por 26 ítems, distribuidos en tres dimensiones: Normas de Bioseguridad, Técnicas de Amortajamiento y Registros, y su aplicación en los profesionales de enfermería del Hospital Tulio Carnevalli Salvatierra con características semejantes a los de la muestra que se pretende escoger en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, contribuirá a explorar la manera cómo funcionan los ítems de la misma, ya que es la primera vez que va a ser utilizada.

Sin otro particular, queda de ustedes, en espera de su colaboración.

Atentamente,

Br. Albany. M. Cuevas. A.

C.I. 25.560.515

Br. Betzy A. Pernía R.

C.I. 20.832.368

[ANEXO H.]

Consentimiento Informado

Una vez informado sobre los propósitos, objetivos, pruebas/procedimientos que se llevarán a cabo durante la investigación denominada **“PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA EL CUIDADO POST MORTEM, DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA), AGOSTO 2024 – FEBRERO 2025”** y que no causa riesgos que se puedan generar de la encuesta, autorizo mi participación.

Declaro, adicionalmente, que se me ha informado que:

1. Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.
2. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico. Los archivos del estudio se guardarán en la Sede [Mérida], perteneciente a la **Facultad Medicina, Escuela de Enfermería** de la Universidad de Los Andes y la responsabilidad de los investigadores participantes en el proyecto.
3. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada bajo condición de anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros, medios de comunicación u otras instituciones educativas.
4. No se requiere los datos personales.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. Por lo anterior, hago constar que he sido informado a satisfacción sobre los procesos, procedimientos o pruebas que se realizarán por parte de los profesionales participantes en el proyecto como investigadores y, por tanto, doy mi consentimiento.

Prueba piloto.

Nombre del Hospital: _____ Servicio que labora _____

Cargo que ejerce: Enfermera II _____ Enfermera III _____ Enfermera IV: _____

ÍTEM	PREPOSICION	Siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1	¿Realiza el lavado de manos antes de comenzar los cuidados post mortem?					
2	¿Realiza el lavado de manos posterior a los cuidados post mortem?					
3	¿Utiliza guantes para realizar los cuidados post mortem?					

4	¿Utiliza bata desechable mientras ejecuta los cuidados post mortem?					
5	¿Utiliza gorro mientras ejecuta los cuidados post mortem?					
6	¿Implementa el uso de tapaboca al realizar los cuidados post mortem?					
7	¿Utiliza lentes de seguridad como medida de protección al realizar los cuidados post mortem?					
8	¿Aísla a la persona fallecida de los otros pacientes, ubicándola en otro ambiente para cuidados post mortem?					
9	¿Utiliza cortinas o biombos en el momento de realizar los cuidados post mortem?					
10	¿Cierra los ojos del fallecido teniéndolos presionados por unos segundos o hasta que se mantengan cerrados?					
11	¿Coloca al fallecido en posición horizontal y decúbito supino?					
12	¿Ubica los brazos del fallecido a ambos lados del cuerpo en caso de ameritar autopsia?					
13	¿Ubica los brazos del fallecido cruzados sobre el abdomen?					
14	¿Coloca una almohada debajo de la cabeza y los hombros del fallecido?					
15	¿Retira todo el material invasivo que posee el usuario fallecido, teniendo cuidado en no provocar lesiones tisulares?					
16	¿En caso de haber una autopsia indicada, mide desde el orificio de salida del fallecido 2,5cm y corta los catéteres y los fija con adhesivo?					

17	¿Coloca apósitos secos en cualquier herida o puntos de drenaje al fallecido?					
18	¿Aspira la cavidad buco nasofaríngea luego de fallecer el paciente para evitar el reflujo de secreciones?					
19	¿Coloca la prótesis dental al fallecido para que no haya deformidad facial?					
20	¿Cierra la boca del fallecido, utilizando si es necesaria una venda alrededor de la cabeza?					
21	¿Aplica una ligera presión en el abdomen para así eliminar todo líquido y gases contenidos en el estómago, intestino y vejiga?					
22	¿Realiza la higiene con agua y jabón del fallecido?					
23	¿Mantiene el cuerpo del fallecido seco?					
24	¿Ocluye todos los orificios anatómicos y quirúrgicos?					
25	¿Suele colocar pañal al fallecido para absorber y recoger posible salida de orina u otras secreciones?					
26	¿Envuelve el cuerpo del usuario fallecido en una sábana, inmediatamente después de realizar la limpieza del mismo?					
27	¿Coloca la sábana en forma de rombo para cubrir el cuerpo del usuario fallecido?					
28	¿Sujeta la sábana en los pies del usuario fallecido con algún adhesivo o venda?					
29	¿Envuelve el cuerpo del fallecido con una sábana y lo sujeta de manera que no se exponga el cuerpo durante el traslado a la morgue?					

30	Organiza las pertenencias del usuario fallecido para entregárselas a los familiares					
31	Identifica el cuerpo del usuario fallecido con los nombres y apellidos, cedula de identidad, hora y fecha del deceso.					
32	¿Identifica el cuerpo del usuario fallecido?					
33	Registra la hora, fecha y circunstancias de la muerte del usuario					
34	¿Registra los cuidados y los procedimientos realizados al cuerpo del usuario fallecido?					

Fuente: Cuevas y Pernía (2024)

www.bdigital.ula.ve

[ANEXO I.]



DIRECCIÓN DE DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN



DID-IAHULA 00176.2024

Mérida, 8 de agosto de 2024

Ciudadanas:

Betsy Pernia / Albany Cuevas
Estudiantes del 7mo. Semestre
Carrera de Enfermería
Universidad de Los Andes
Presente.-

Es grato dirigirme a ustedes, en la oportunidad de notificarle que en atención a su comunicación s/n, de fecha 06/08/2024.

La Dirección de Docencia e Investigación del IAHULA **AVALA** que ustedes realicen las entrevistas al Lcdo. Jimmy Pabón – Adjunto de la Coordinación de Docencia e Investigación, bajo las condiciones establecidas por el Departamento de Enfermería.

Sin otro particular al cual hacer referencia, me suscribo de usted.

Atentamente,

Dr. Elbert Reyes

C.I 11.192.249 MPPS 58.499 CM 5.173

Director de Docencia e Investigación

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes
Según Oficio N° DG-IAHULA n° 1000 de fecha 07/06/2023

C.C. Lcdo. Jimmy Pabón – Adjunto de Coordinación de Docencia e Investigación

Abg. Somoza, N.

Avenida 16 de Septiembre, Hospital Universitario de Los Andes. Nivel Mezzanina.
Mérida, Venezuela. TELEF: 0274-2630775
RIF IAHULA: G-20006471-4

[ANEXO J.]



Mérida: 25 de Marzo, de 2025.

Profesor José Gregorio Noguera

Jefe de la Unidad Curricular: Enfermería Práctica

Reciba ante todo un cordial saludo, la presente es para solicitar el laboratorio de Enfermería Práctica, el día miércoles 26 de marzo del presente año, debido a que estamos realizando una investigación titulada: **"Propuesta de un Protocolo de Cuidados Post Mortem, dirigido al profesional de Enfermería que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, agosto 2024 – febrero 2025"**. Por lo tanto, se nos hace necesario el laboratorio de prácticas de modo que podamos recrear dicho protocolo y sustentarlo con evidencia fotográfica. Esta información será de gran utilidad para nuestra investigación y nos permitirá obtener una visión más completa de la propuesta que deseamos elaborar. Además, contaremos con la presencia del profesor Lennon Rojas, tutor de la investigación.

Sin más a que hacer referencia y agradeciendo su colaboración.

De usted atentamente:

Albany Cuevas

C.I. 25.560.515

A handwritten signature in blue ink, with the text "C.I. 25.560.515" written below it.

Betzy Pernía

C.I. 20.832.368

[ANEXO K.]

Lista de verificación del Protocolo de Cuidados *Post Mortem*

ETAPA NÚMERO 1: PREPARACIÓN DE LOS MATERIALES			
Intervenciones de enfermería	Sí	No	Observaciones
Organización del material necesario: Gorro, Tapaboca, Bata, Lentes de seguridad, Dos (2) jofainas con agua, Jabón, Pañal, Toalla, Torundas de algodón, Adhesivo, Vendas, Sonda de aspiración, Aspirador, Sábana, Guantes no estériles, Jeringas de 10cc, Toallas húmedas, Tijeras			
Elaboración de cuatro (4) rótulos adhesivos con la información del usuario fallecido.			
ETAPA NÚMERO 2: MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD			
Intervenciones de enfermería	Sí	No	Observaciones
1.Colocación del gorro			
2. Colocación del tapaboca			
3. Colocación de la bata			
4. Colocación de los lentes de seguridad			
5. Colocación de los guantes			
ETAPA NÚMERO 3: AMORTAJAMIENTO			
Intervenciones de enfermería	Sí	No	Observaciones
1. Aislamiento del cadáver, ya sea usando cortinas, biombos o conduciéndolo a un lugar privado, como un ambiente vacío o habitación			
2. Cierre de los párpados del cadáver, en caso de que los tenga abiertos, ejerciendo una leve presión sobre ellos.			
3. Retiro y resguardo de elementos personales del cuerpo (prendas, joyas, entre otros).			
4. Aplicar presión sobre el abdomen para eliminar todo fluido corporal.			
5. Aspiración de la cavidad buconasofaríngea, para evitar reflujo de cualquier fluido corporal.			
6. Cierre de la boca, haciendo presión sobre la misma hasta que esté completamente cerrada.			

7. Colocación del cuerpo en posición supina, con los brazos hacia los lados del cuerpo y la almohada debajo de la cabeza y los hombros.			
8. Retiro de todo elemento invasivo del cuerpo del fallecido: drenaje, apósito, venoclisis, sondas y otros (se exceptúan casos médico-legales). En caso de autopsia indicada, cortar 2,5cm los catéteres y fijar con adhesivo.			
9. Limpieza y secado del cadáver, dando un baño total o parcial, según sea el caso (se exceptúan casos médico-legales)			
10. Colocación de apósitos secos en los orificios, heridas abiertas, puntos de drenajes.			
11. Colocación de pañal para adsorber y recoger restos de orina y heces.			
12. Colocación de las manos del cadáver cruzadas sobre el abdomen, luego de la higiene.			
13. Cobertura del cuerpo con la cobija hasta el nivel del cuello, por si la familia desea verlo.			
14. Entrega de todas las pertenencias del fallecido a los familiares.			
15. Proporcionar intimidad y apoyo emocional a la familia en el proceso de duelo.			
16. Permitir a los familiares si lo desean, estar junto al paciente fallecido durante unos minutos, para despedirse			
17. Colocación de los tres (3) rótulos adhesivos en abdomen, brazo y pierna			
18. Envoltura del cuerpo, ubicando la sabana debajo del mismo, doblándola de la siguiente manera:			
19. Colocar el último rótulo adhesivo sobre la sábana.			
20. Lavado de manos después de terminar con el procedimiento			

ETAPA NÚMERO 4: REGISTROS DE ENFERMERÍA			
Intervenciones de enfermería	Sí	No	Observaciones
1. Revisar que el acta de defunción tenga todos los datos correspondientes al deceso.			
2. Revisar que todos los registros estén en orden (kárdex, hoja de tratamiento y evolución de enfermería)			
3. Registrar hora, fecha y motivo de muerte, así como los cuidados en la evolución de enfermería.			

www.bdigital.ula.ve

[ANEXO L.]

Constancia de Validación del Protocolo de Cuidados *Post Mortem*

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

**PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, ROSALÍA UZCÁTEGUI, titular de la Cédula de Identidad N° 8.048.995, de profesión LICENCIADA EN ENFERMERÍA, ejerciendo actualmente como DOCENTE Profesora en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación de Contenido del Protocolo titulado: "EL ÚLTIMO CUIDADO: PROTOCOLO DE CUIDADOS POST MORTEM DE ENFERMERÍA", durante el periodo Agosto 2024 – Febrero 2025". Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, fueron realizadas las sugerencias y cambios necesarios para su realización final.

En Mérida, a los 13 días del mes de mayo del 2025.

Nombre y Apellido Prof. ROSALÍA UZCÁTEGUI

Firma

[ANEXO M.]

Constancia de Validación del Protocolo de Cuidados *Post Mortem*



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, CÉSAR GUALDRÓN, titular de la Cédula de Identidad N° 16.513.560, de profesión LICENCIADO EN ENFERMERÍA, ejerciendo actualmente como DOCENTE Profesora en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación de Contenido del Protocolo titulado: "EL ÚLTIMO CUIDADO: PROTOCOLO DE CUIDADOS POST MORTEM DE ENFERMERÍA", durante el periodo Agosto 2024 – Febrero 2025". Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, fueron realizadas las sugerencias y cambios necesarios para su realización final.

En Mérida, a los 13 días del mes de mayo del 2025.

Nombre y Apellido Prof. CÉSAR GUALDRÓN

Firma

[ANEXO N.]

Constancia de Validación del Protocolo de Cuidados *Post Mortem*



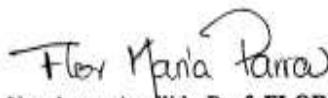
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, FLOR PARRA, titular de la Cédula de Identidad N° 11.404.116, de profesión LICENCIADA EN ENFERMERÍA, ejerciendo actualmente como DOCENTE Profesora en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación de Contenido del Protocolo titulado: "EL ÚLTIMO CUIDADO: PROTOCOLO DE CUIDADOS POST MORTEM DE ENFERMERÍA", durante el periodo Agosto 2024 – Febrero 2025". Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, fueron realizadas las sugerencias y cambios necesarios para su realización final.

En Mérida, a los 13 días del mes de mayo del 2025.


Nombre y Apellido Prof. FLOR PARRA

Firma

