



E L N E C

End-of-Life Nursing Education Consortium

International Curriculum

Módulo 8

Las horas finales

El proceso de morir y la muerte

- Los proveedores proporcionan apoyo al personal, los pacientes/ la familia
- Competencia interpersonal
- Estar presente
- Atención interdisciplinaria

-
-
-

La muerte es una experiencia personal individual

- **No existe una muerte típica**
- **Preferencias del paciente**
- **Defensa de las opciones**
- **La muerte está influida por las creencias culturales**

• • • Comunicación abierta, honesta

- Brindar cuidado, sensibilidad, compasión
- Brindar la información en términos simples
- Conciencia de la muerte que tiene el paciente
- Mantener la presencia



Dos caminos hacia la muerte

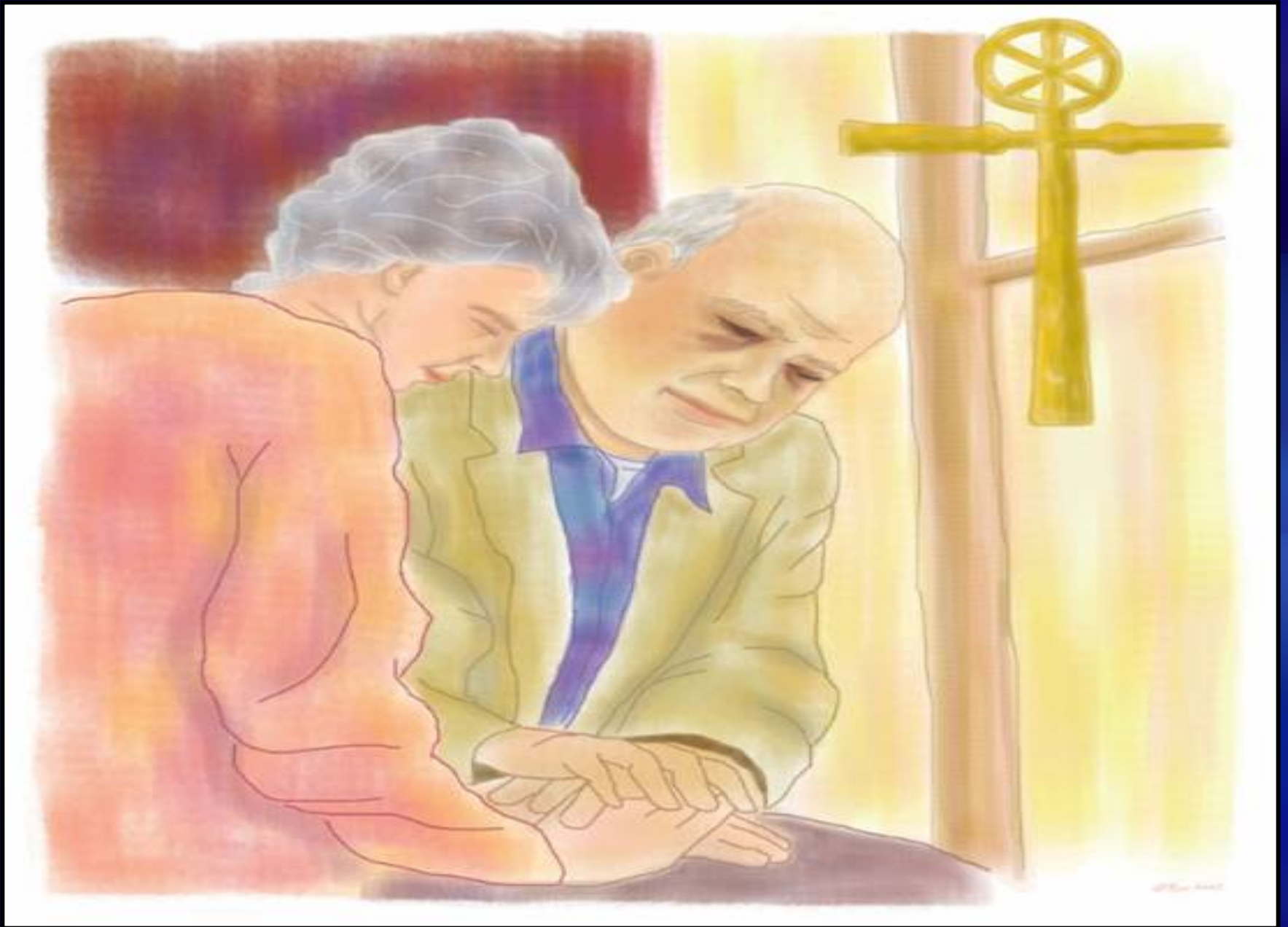


Emanuel et al., 1999

Consideraciones psicológicas y emocionales

- Miedo del proceso de la muerte
- Miedo al abandono
- Miedo a lo desconocido
- Conciencia de la muerte próxima
- Retraimiento

Berry & Griffie, 2006



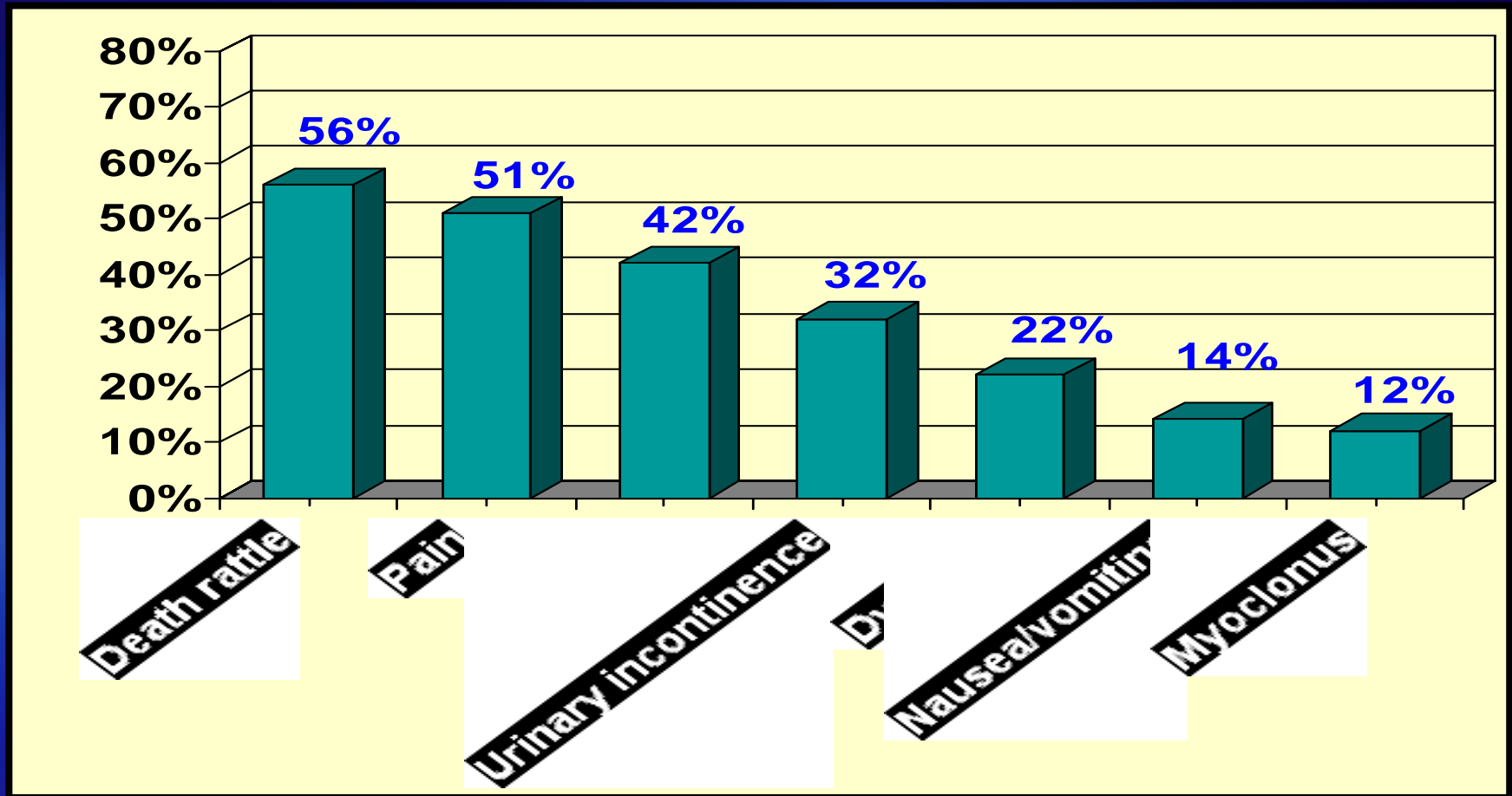
• • • ¿Qué sucede con la nutrición y la hidratación artificial al final de la vida?

- Percepciones de “morirse de hambre”
- La alimentación enteral no reduce el riesgo de aspiración o mortalidad
- La hidratación no disminuye la “boca seca”
- Los pacientes que ayunaron para terminar con sus vidas tuvieron una muerte pacífica

Ersek 2003; Huang & Ahronheim, 2000;
HPNA, 2003; Ganzini et al., 2003

Frecuencia de los síntomas

Las últimas 48 horas



Fürst & Doyle, 2004; Lichter & Hunt, 1990

Los síntomas físicos varían

- Confusión, desorientación, delirio vs. inconciencia
- Debilidad y fatiga vs. Surgimiento de energía
- Adormecimiento, somnolencia vs. inquietud/agitación

• • • **Consideraciones físicas (cont.)**

- **Fiebre**
- **Cambios intestinales**
- **Incontinencia**
- **Disminución de la ingesta**
- **Dolor**

Dolor durante las horas finales de la vida

- **La evaluación y el control del dolor son críticos**
- **Pistas del comportamiento**
- **Primero descartar otras causas potenciales de malestar**

Opioides

- Dosis de los opioides administrados durante las últimas horas basadas en la evaluación y reevaluación adecuadas
- Las dosis pueden disminuirse
- Considerar otras vías:
 - Oral
 - Rectal
 - Subcutánea

Acumulación de metabolitos

- La morfina y la hidromorfina producen la glucuronidación y originan M-3-G y H-3-G
- Ambos se acumulan y producen insuficiencia renal y causan alucinaciones, mioclonía y otros efectos adversos

Mioclónía

- Evaluar las múltiples etiologías asociadas
- Revisar los regímenes actuales de medicamentos
- Las benzodiacepinas pueden ser útiles
- Cambio de opioides
- Pueden producir convulsiones

Dolor resistente al tratamiento al final de la vida

- **El dolor puede ser resistente al tratamiento aún con un tratamiento agresivo**
- **Es posible que la sedación total sea la única alternativa**

Rousseau, 2004

Sedación paliativa al final de la vida

Tener en cuenta:

- Todas las etiologías y tratamientos posibles
- Educación del paciente/familia con respecto a los objetivos y resultados
- Enfoque interdisciplinario del equipo

Sedación paliativa al final de la vida (cont.)

Tratamiento:

- Lorazepam
- Midazolam
- Cetamina
- Propofol

Fürst & Doyle, 2004;
Hanks-Bell et al., 2002

Síntomas de la muerte inminente

- Disminución de la producción de orina
- Extremidades frías y con manchas
- Cambios en los signos vitales y la respiración
- Congestión respiratoria
- Estertor de agonía
- Delirio/confusión
- Inquietud

Kehl, 2004; Matzo, 2006; Rousseau, 2002

• • • **Manejo de los síntomas de la muerte inminente**

- **Elevar la cabeza de la cama**
- **Comenzar con los fármacos anticolinérgicos**
- **Reducir o interrumpir los líquidos intravenosos/alimentación enteral**

Matzo, 2006; Rousseau, 2002

La vigilia de la muerte

- Presencia familiar
- Miedos comunes
 - Estar solo con el paciente
 - Muerte dolorosa
 - La hora de la muerte
 - Dar “la última dosis”



Intervenciones de apoyo

- Colaboración con el médico/equipo
- Tranquilidad y educación
- Modelo de rol - Consuelo
- Comodidad física
- Cuidado espiritual, respeto de la cultura

Consideraciones culturales

- Ritos de la muerte
- Rituales

Lipson & Dibble, 2005



Resucitación

- No hay una planificación por adelantado
- Creencias irreales con respecto a la supervivencia
- Los resultados suelen ser pobres

Heyland et al., 2006;
Wallace et al., 2002

Cuando ha ocurrido la muerte

Cómo comunicar la muerte

- Apertura y honestidad en la comunicación con la familia
- La preparación de la familia es parte del proceso

Signos de que la muerte ha ocurrido

- Ausencia de latidos cardíacos, respiración
- Pupilas fijas
- Color
- Disminuye la temperatura corporal
- Se relajan los músculos y los esfínteres



Atención posterior a la muerte

- Preparar a la familia
- Atención después de la muerte

Atención posterior a la muerte (cont.)

- Planes de sepultura/embalsamamiento
- Remoción del cuerpo



Llegó el final.

-
-
- **Muerte de uno de los padres...
no olvide a los hijos**

- **Tenga en cuenta la edad del desarrollo de los niños**
- **Comuníquelo abierta y honestamente**
- **Los niños necesitan la oportunidad de hacer preguntas**
- **Las preguntas deberían ser respondidas en términos fáciles de comprender**

Davies, B., 2006

-
-
- # El cuidado de sí mismo y de los colegas: Prevención del desgaste

- **Proporcionar apoyo al personal**
- **Organizar rituales/conmemoraciones**
- **Estrategias modelo para el cuidado de sí mismo**
 - **Cuerpo saludable**
 - **Mente saludable**
 - **Vida social saludable**
 - **Espíritu saludable**

Conclusión

Los miembros de la familia siempre recordarán los últimos días, horas y minutos de la vida de su ser querido. Los proveedores de atención médica tienen una oportunidad única de ser invitados a pasar estos preciosos momentos con ellos y hacer que dichos momentos sean positivamente memorables.

Conectado a la vida

