

ELNEC

End-of-Life Nursing Education Consortium

International Curriculum

Módulo 8

Las horas finales

La enfermera, el proceso de morir y la muerte

- **Las enfermeras 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

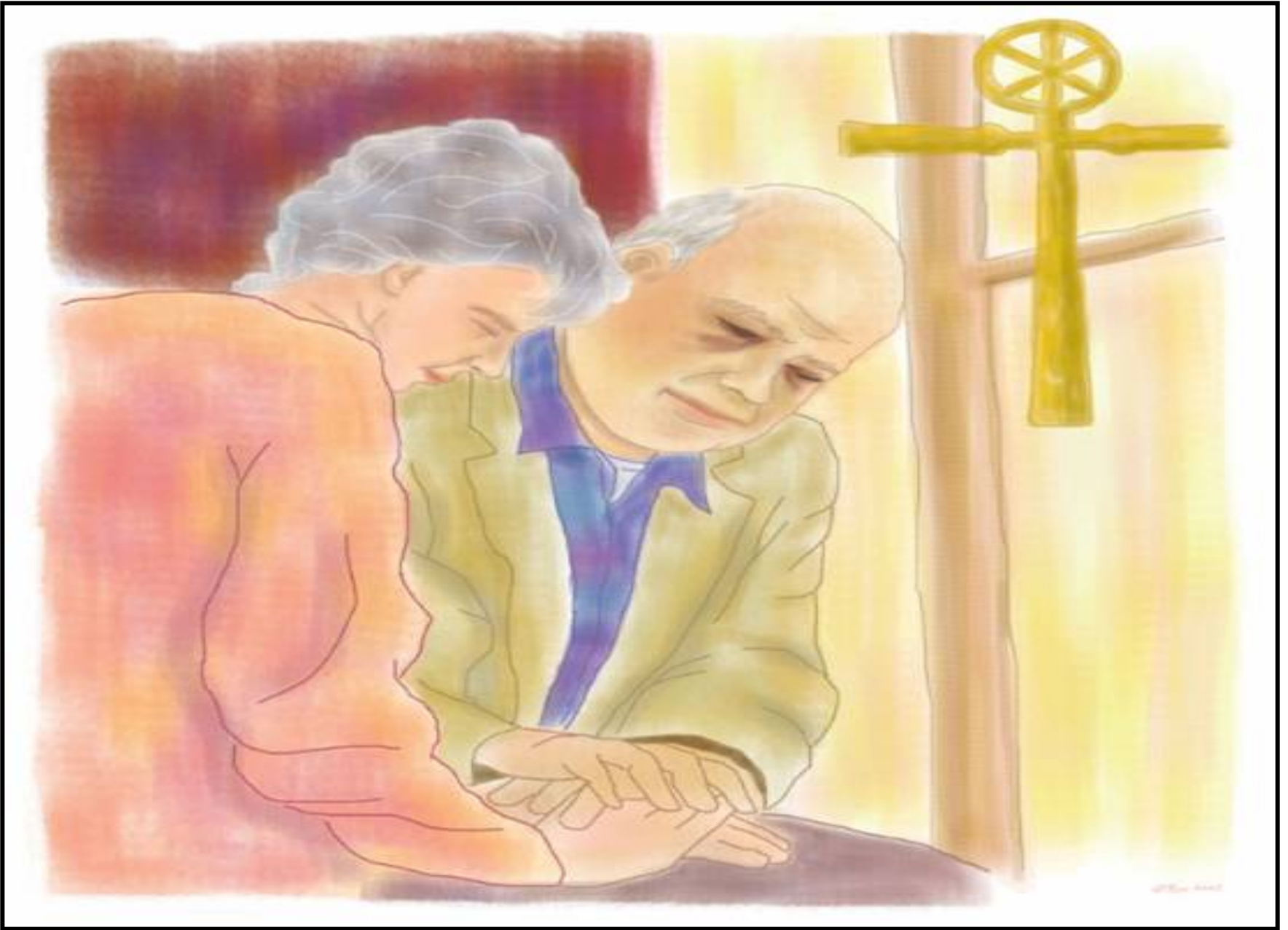


Consideraciones psicológicas y emocionales

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

Berry & Griffie, 2006





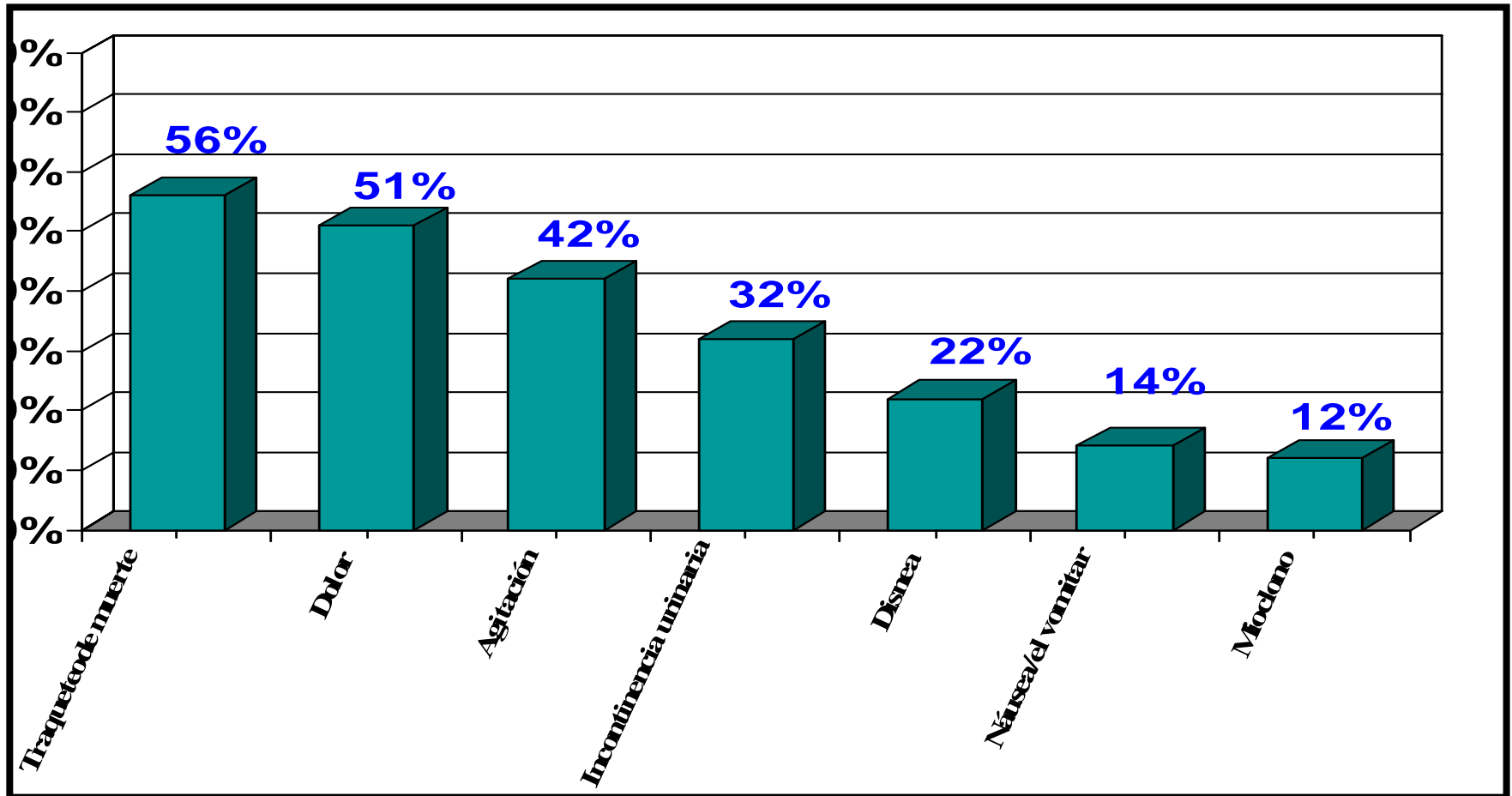
¿Qué sucede con la nutrición y la hidratación artificial al final de la vida?

- 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

