



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CUIDADOS ESPECÍFICOS EN ENFERMOS TERMINALES
PARA UNA MUERTE DIGNA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ENFERMERA GENERAL

PRESENTA:
RUIZ VALERA FLORA

ASESOR:
M.C. BELZABETH TOVAR LUNA

SAN JUAN DEL RÍO QUERÉTARO, QRO. JULIO DEL 2004

No. Adq. H 69576

No. Título _____

Clas TS

616.029

R 934c

RESUMEN

La sociedad valora la juventud, la belleza y la vida. El tema de la muerte suele evitarse. Pero la mayoría de las personas en unidades asistenciales sanitarias, por lo que profesionales de la salud la ven con frecuencia.

Algunas personas creen que la medicina debería ser capaz de mantener vivos a todo el mundo y se sienten irritadas y frustradas frente a los pacientes terminales. Debe permitirse que el paciente en fase terminal muera en paz y con dignidad. Se estimulará a que sea independiente durante tanto tiempo como sea posible. Pero al empeorar el padecimiento necesitará más al personal de enfermería para realizar los cuidados y procurar comodidad. Aun cuando la persona esté muriendo, sus necesidades básicas persisten.

El equipo de salud es el encargado del bienestar psicológico, social y espiritual de la persona que agoniza. Frecuentemente se aprecian las visitas de representantes religiosos. Al enfermo terminal también le agrada que le visiten los miembros del personal, que se sienten tranquilamente junto a la cama y lo toquen. Debe tenerse en cuenta el silencio y el contacto físico son formas muy eficaces de comunicarse con el paciente y con la familia. La necesidad de un ambiente privado para la familia también requiere atención por parte de la enfermera. El derecho a la intimidad debe protegerse antes y después de la muerte.

Los cuidados post mortem siempre incluyen el tratamiento del cuerpo con dignidad y respeto, respetando el derecho a la intimidad. (sorrentino,1994)

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposo el cual con su ayuda y comprensión hizo que mi investigación fuera alcanzada.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios que me dio la posibilidad de terminar mi carrera, con sacrificios y mal pasadas pero al final de cuentas El es quien triunfa y con su ayuda pude realizar mi sueño más anhelado.

A mis padres les quiero agradecer infinitamente su apoyo moral, pues con su paciencia y sus rezos contribuyeron mucho para lograr mi meta.

A mis hermanos agradezco también su apoyo morar y entendimiento en mis deberes.

Agradezco enormemente a mis profesores, pues con al ayuda y dedicación de cada uno poco a poco me fueron formando, hasta lograr verme realizada.

CONTENIDO

PAGINA

Resumen	i
Dedicatorias	ii
Agradecimiento	iii
Contenido-	iv
I. Introducción	1
II. Justificación	3
III. Planteamiento del problema	4
IV. Objetivo	7
4.1 Objetivo General	7
4.2 Objetivos específicos	7
V. Hipótesis	8
5.1 Variables	8
VI. Marco conceptual	9
6.1 Enfermo terminal	9
6.2 Enfermedades terminales	10
6.3 Actitudes frente a la muerte	10
6.4 Etapas de la agonía	11
6.5 Necesidades psicológicas sociales y espirituales	13
6.6 Necesidades físicas	14
6.7 Vista, audición y habla	15
6.8 Boca, nariz y piel	15
6.9 Evacuación	16
6.10 Comodidad y posición apropiada	16
6.11 Cuarto del paciente	17
6.12 La familia del paciente	17
6.13 Unidad asistencial del enfermo terminal	18
6.14 Orden de no reanimar	18
6.15 Proceso de duelo	19
6.16 Tiempo para la resolución	21
6.17 Diez sugerencias para elaboración del duelo	22
6.18 Temores de los enfermos terminales	23
6.18.1 Miedo a lo desconocido	23
6.18.2 Miedo al abandono.	24
6.18.3 Miedo a las pérdidas de las relaciones y experiencias hacia el futuro	25
6.18.4 Miedo a la dependencia y a la pérdida de la independencia	25
6.18.5 Miedo al dolor	26
6.19 Esperanza y desesperanza en el paciente terminal	27
6.20 Comunicación con el enfermo terminal	29
6.21 Derecho del paciente, saber	31

6.22 Analgesia en la atención de un enfermo terminal _____	32
6.23 Los problemas del dolor que no pueden aliviarse _____	33
6.24 Derechos del enfermo terminal _____	35
6.25 Signos de muerte proxima _____	36
6.26 Signos de muerte _____	38
6.27 Cuidados del cuerpo después de la muerte _____	39
6.28 Reacciones de la familia ante la muerte de uno de sus miembros _____	40
6.29 Atención para los aflijidos por la muerte de un ser querido _____	40
VII. Metodología _____	41
7.1 Tipos de estudio _____	41
7.2 Análisis de datos _____	41
7.3 Etica de estudio _____	42
VIII. Conclusiones _____	43
IX.. Bibliografía _____	44

I.-INTRODUCCIÓN

La realidad de la muerte sitúa al ser humano ante el profundo misterio de su vida. Es impensable la muerte sin referencia a la vida; aislada de sí misma, la muerte no tiene parámetros de comprensión. Por esto mismo toda interpretación de la muerte supone y conlleva una interpretación de la vida.

La inevitable evidencia de morir no elimina el interrogante del porqué de la muerte. Desde distintos ángulos, el ser humano ha tratado y trata de encontrar el sentido de esta realidad que conmueve los cimientos del edificio humano.

La tanatología, nombre dado en 1901 por el ruso E. Metchnikoff a la ciencia sobre la muerte constituye uno de los grandes intereses del siglo XX. Siendo una de las preocupaciones permanentes para la persona a lo largo de la historia, la muerte ha cobrado una importancia decisiva en el horizonte de la reflexión actual.

Cuando existe la muerte evidente de una persona aun con los mejores médicos y los más costosos medicamentos, esta ocurre lo único aprobatorio es que se trate de cumplir de la mejor manera y hasta donde sea posible la atención al paciente cumpliendo así los derechos que todo enfermo tiene.

Los familiares deben construir una serie de intervenciones pues muchos de los enfermos requieren una atención especializada debido a la gravedad de su enfermedad, lo más importante es satisfacer las necesidades físicas sin descuidar y poner atención a las otras necesidades que el paciente tiene para que al final de su existencia tenga una muerte digna.

En la etapa de su enfermedad y aun más a los finales de su existencia pasa por una serie de eventos como la negación, irritación, regateo, depresión, y finalmente viene la aceptación.

Es difícil para el enfermo afrontar cada una de estas etapas pues se trata del final de la vida

Para los familiares más cercanos también es difícil aceptar la pérdida de un miembro de la familia y pasa por las mismas etapas del enfermo finalizando con la etapa de aceptación, debe haber una buena comunicación intra familiar para poder superar cada etapa pues para uno solo es difícil, debe ponerse en contacto con personal capacitado para ayudarse tanto físicamente como espiritualmente. Tanto el enfermo como la familia tiene derecho a expresar sus sentimientos religiosos y a que estos sean respetados por las demás personas.

II.- JUSTIFICACIÓN

La muerte es el último acontecimiento importante de la vida y nadie puede privar de él al hombre si no más bien debe ayudarlo a afrontar ese momento, muchas veces esto significa ante todo aliviar el sufrimiento, apoyado en el suministro de analgésicos, para que pueda superar ese momento, también significa proporcionarle una muerte digna dándole la mejor asistencia posible y esto no implica solo de cuidados médicos, sino prestar atención a los aspectos humanos de la asistencia a fin de crear un ambiente de confianza y de calor humano donde el sienta la consideración y el recogimiento a su existencia, no debe dejarse solo en su necesidad espiritual en el momento de la muerte es urgente encontrar una respuesta al problema de él rigen de la vida y al final de ella, para proporcionar cuidados a una muerte digna no implica de atender a una persona que requiere una intervención quirúrgica si al final de cuentas se va a morir de esa enfermedad, muchas veces se somete a cirugía para prolongar un poco más la vida y esto significa un estrés y angustia al paciente se debe respetar su decisión propia.

Recordando que el paciente tiene necesidades psicológicas, físicas y sociales, religiosas deben proporcionarse de forma integral y acertada para él, Las necesidades psicológicas comienzan con la seguridad, de parte de el personal que le cuida; certeza de no ser abandonado y dándole información periódica, necesidad de una presencia que lo arropen y que él escucha, que le apoye; el enfermo necesita amar y ser amado y aceptado, tiene necesidad de ser acogido, comprendido y acompañado hasta los últimos momentos. (vidal, 1995)

III.- PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA

Cuado existe la muerte evidente de una persona aun con los mejores médicos y los más costosos medicamentos, esta ocurre, ahora bien el paciente tiene derecho a la libertad por lo tanto si dice o desea que ya no se le haga nada tanto el médico como los familiares deben respetar su decisión, lo único aprobatorio es que se le proporcionen o traten de cumplir sus últimos derechos como son los de la atención física, mantenerlos hasta donde sea posible, pues la atención física requiere de mucho interés y dedicación por parte de los familiares. (*vidal 1995*)

Cuando el paciente sufre de alguna lesión en la piel y que esta infectada hay cierto repudio hacia el, debe mantenerse lo mejor atendido logrando tenerlo en las mejores condiciones si no es posible su cura, cabe señalar que todo ser humano merece respeto y tiene necesidad que se le atienda hasta el ultimo momento por muy critica que parezca la situación, muchos pacientes presienten ya la hora de partida y temen afrontar ese momento es aquí cuando los familiares no deben dejarlo solo, sino crear un ambiente de tranquilidad y de confianza, para que el sienta la presencia, el apoyo moral y físico de sus allegados, pues es difícil afrontar ese momento final tanto sufre el enfermo como los familiares ya que el dolor que se vive es múltiple, no puede medirse porque su intensidad varia de un sujeto a otro o de una situación a otra, además los sufrimientos de los moribundos modifican su capacidad de juicio y de carácter, haciéndose egocéntricos a tal grado que se hace más difícil la situación y la comunicación. (*vidal, 1995*)

La atención física del paciente requiere muchos cuidados de la cooperación y de la aplicación de un método a partir del cual se puedan estructurar las intervenciones pues muchas ocasiones requieren de curaciones y de cuidados especiales y específicos ya que requieren en muchos de los casos de ayuda para

alimentarse por no poder ser independientes, necesita satisfacer sus necesidades- fisiológicas de excreción y eliminación de no ser así implica cambiarlos de pañal o proporcionarles el cómodo.

La ayuda física requiere de análisis clínicos o de referencias verbales si esto es posible, ya que en muchos de los casos los pacientes no se pueden comunicar o les cuesta trabajo hacerlo y no se les entiende.

Todos los pacientes requieren de un cuidado atento y respetuoso por parte de las personas que lo rodean ya sea personal médico o de sus familiares ya que esto significa el respeto y la dignidad a la persona humana. (*vidal, 1995*)

3.1 EL PACIENTE EN FASE TERMINAL PUEDE PRESENTAR

Dos tipos de agonía, la de las personas que por padecer una enfermedad incurable (algún tipo de cáncer, SIDA) están desahuciados; y aquellas que ya están apunto de morir. En el primer caso, el desahuciado puede encontrarse aun en condiciones más o menos saludables y estar consciente. No obstante sabe quizás sin precisión, que morirá. En cambio el segundo por una enfermedad, accidente, o por la edad ya no goza de salud y ha perdido, además el conocimiento, por lo que esta a punto de fallecer, en ambos casos, debido a que la muerte no tiene causa final, hay una lucha constante entre querer vivir y tener que morir. Esa lucha se hace patente en el instante que la persona comienza a morir, en el momento que inicia su agonía. (*aguayo, 1995*)

En efecto la palabra agonía significa " lucha" el agonizante pasa por dos diferentes etapas como: 1) algunas características, 2) consecuencias 3) El agonizante no pierde su dignidad.

3.2 LAS CARACTERISTICAS DE LA AGONIA

Son dos: A) luchas entre la vida y la muerte; B) luchar entre querer y rechazar el bien. (Aguayo Enrique)

A). *LA LUCHA ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE*

Todo hombre tiende a ser en plenitud, todo aspiramos a querer y buscar más y mejor vida en la que seamos plenamente felices. Por eso constantemente nos afanamos por óptener lo óptimo para vivir bien, para ser en plenitud. De aquí que no deseamos por ningún motivo, desaparecer completamente. Muestra de ello es que buscamos permanentemente la felicidad, pero la que tenemos es pasajera, pues nos proporcionan bienes fugaces e imperfectos. No obstante seguimos experimentando el deseo de ser cada día más felices.

La lucha del agonizante se da cuando quiere vivir para continuar siendo feliz, para tener copiosa vida, pero inevitablemente, ha de morir y por consiguiente, perder la felicidad terrena (proporcionada por la riqueza, la fama).

B). *LA LUCHA ENTRE QUERER O RECHAZAR EL BIEN.*

Todos hacemos girar nuestra vida en torno a algo que nos parece importante, el medico que se centra en curar a los enfermos, el abogado, en la imposición de la justicia. En una palabra hacia el desarrollo de su vocación más en el fondo de la misma tenemos que aceptar o rechazar el bien y la verdad. Así que todos escogemos efectúa durante nuestra vida el bien o el mal. Con la muerte termina la posibilidad de hacer una u otra., pero en el agonizante todavía hay opción de cambio y es en este momento cundo se da la lucha (Aguayo Enrique)

IV.- OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

conocer las necesidades básicas del paciente en fase terminal para obtener una muerte digna

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar la atención física, espiritual y social del paciente.

Orientar al familiar responsable para que coopere en los cuidados del paciente.

Buscar estrategias para que el paciente se sienta a gusto en los últimos días que viva.

Brindar los cuidados específicos en cada paciente dependiendo de la enfermedad que padezca.

V.- HIPÓTESIS

Las necesidades de los pacientes en fase terminal son satisfechas realmente para recibir una muerte digna.

5.1 VARIABLES

VD. A los pacientes terminales, en su enfermedad se les atiende adecuadamente con cuidados específicos para una muerte digna

V.I. Los cuidados específicos en pacientes terminales se caracterizan por ser diferentes en cada persona.

VI.- MARCO CONCEPTUAL

6.1 ENFERMEDAD TERMINAL

Enfermedad o lesión en la que no hay esperanza razonable de recuperación.

Las personas moribundas son atendidas en hospitales en residencias o en sus propios hogares.

La muerte puede aparecer en forma súbita y sin advertencia previa, pero por lo general es esperada.

Los profesionales de la salud están a menudo en contacto con la muerte es por eso que es importante saber como enfrentarla.

La enfermera debe examinar sus sentimientos al respecto. Su actitud sobre la muerte y los moribundos influirá en los cuidados que proporciona. Como debe ayudar a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente, es necesario que comprenda el proceso de la muerte para acercarse a la persona agonizante con el cuidado, amabilidad y respeto debidos.

(A Sorrentino)

6.2 ENFERMEDADES TERMINALES

Muchos padecimientos y enfermedades se curan o se controlan, otros no tienen curación, muchas lesiones pueden repararse otras son tan graves que el cuerpo no puede funcionar no se espera recuperación. En tales casos, la enfermedad o la lesión producirán la muerte. La enfermedad o lesión en la que no hay esperanza razonable de recuperación es una *enfermedad terminal*.

En este tipo de enfermedades, los médicos no pueden predecir con exactitud cuando se producirá el suceso, una persona puede durar días, meses, semanas o años, en bastantes coacciones las predicciones pueden resultar erróneas.

Hay dos fuerzas psicológicas poderosas que influyen en todo ser humano; son la esperanza y el deseo de vivir. (Sorrentino,1994)

6.3 ACTITUDES FRENTE A LA MUERTE

La experiencia. Cultura, religión y la edad influyen en la actitud frente a la muerte. Muchas personas la temen, otras no creen que vayan a morir. En general, las actitudes y creencias sobre el fin de la vida cambian a medida de la edad, también resultan afectadas por las circunstancias.

Muchas personas adultos y niños nunca han tenido contacto con una persona agonizante han estado a la ora del fallecimiento.

La actitud frente a la muerte está estrechamente relacionada con la religión. Algunas personas creen que la vida después de la muerte se verá libre de sufrimiento y de durezas y que se les posibilitará reunirse con sus familiares y personas queridas. Algunas personas refuerzan sus creencias religiosas durante

esta etapa terminal; la religión es una fuente de consuelo tanto para la persona que muere como para la familia.

En la medida que las personas avanzan de edad sus ideas sobre la muerte cambian. Los lactantes y niños pequeños carecen del concepto de muerte, entre los cinco y los siete años de edad ven a la muerte como un final pero no la relacionan con ellos, es algo que les sucede a los demás. A menudo la asocian con castigos, mutilación del cuerpo, brujas, fantasmas, duendes y monstruos.

Los adultos tienen más temores sobre la muerte que los niños. Temen al dolor, el sufrimiento, morir solos y a la invasión de su intimidad, temen la soledad, a separación de la familia y de los seres queridos, les preocupa pensar quien cuidará y dará apoyo a los que dejan atrás. Les afecta la muerte en especial cuando interfiere con sus planes, esperanzas, sueños y ambiciones.

Las personas de edad avanzada suelen tener menos temores que los adultos jóvenes. Son más receptivos a lo inevitable y además han tenido más experiencias con personas moribundas y con la muerte lo ven como liberación del dolor, del sufrimiento y de la incapacidad, temen morir solos. (A Sorrentino)

6.4 ETAPAS DE LA AGONÍA.

Hay cinco etapas características del proceso de la agonía:

(Sorrentino, 1994)

- ◆ La negación
- ◆ La irritación.
- ◆ El regateo.
- ◆ La depresión.
- ◆ La aceptación.

LA NEGACIÓN.

Las personas rehusan creer que están muriendo "no yo no", es la respuesta común. Esta etapa puede durar unas cuantas horas, varios días o a menudo más. Algunas personas no la han superado cuando fallecen.

LA IRRITACIÓN.

La persona piensa "por qué yo" y se muestra irritada y enojada. Envidia y odia a los que tienen vida y salud, a la familia, los amigos, y el equipo de atención médica suele convertirse en el blanco de sus iras. Es posible que el personal de salud y la familia tengan que pasar momentos difíciles para tratarlo.

EL REGATEO.

La ira ha pasado " si, yo, pero..." a menudo regatea con Dios para que le dé más tiempo. Hará promesas a cambio de vivir algo más. Es posible que esta etapa no resulte muy obvia para la enfermera. El regateo es una actividad espiritual que suele realizarse en la intimidad.

LA DEPRESIÓN.

La persona acepta que le ha tocado a ella y se siente triste por todo lo que pierde y por la pérdida futura de su propia vida. Puede que llore o que apenas hable. También es frecuente que se pase el tiempo refiriéndose a las personas y cosas que deja a tras.

LA ACEPTACIÓN.

La persona esta calmada y en paz ha dicho lo que tiene que decir y se han completado todos sus asuntos pendientes y esta listo para aceptar la muerte. Puede tener esta etapa durante muchos meses o años. Alcanzar esta fase no significa que la muerte este cerca. Las personas en fase terminal no siempre pasan por las cinco etapas. Puede que alguna no supere nunca cierta fase y otras tal vez avancen y retrocedan. Por ejemplo, una persona que ha alcanzado la aceptación puede retroceder a la fase de regateo y aceptar luego de nuevo su situación. Algunas personas se están en esta etapa hasta que mueren.

(Sorrentino,1994)

6.5 NECESIDADES PSICOLÓGICAS, SOCIALES Y ESPIRITUALES.

Las personas en fase terminal continúan teniendo necesidades psicológicas, sociales y espirituales. Tal vez deseen que estén presentes su familia y amigos, o quizá quieran hablar de los temores, preocupaciones y necesidades de morir.

Alguno desean estar solos. Otros quieren hablar con algún miembro del equipo de enfermería.

Hay dos aspectos de comunicación muy importantes cuando se trata de un paciente moribundo: escuchar y tocarlos. El paciente es quien tiene necesidad de hablar, expresar sentimientos y compartir preocupaciones. El simple hecho de estar presente y escuchando le ayuda a satisfacer sus necesidades psicológicas y sociales. Realmente no es necesario decir nada; basta con la presencia. Por su

parte el contacto físico demuestra preocupación e interés en él cuando las palabras no pueden hacerlo. A veces las personas no quieren hablar, pero necesitan a alguien cerca de ellas, el contacto físico es un a forma significativa y poderosa de comunicación.

Las necesidades espirituales son importantes es posible que la persona quiera ver a un sacerdote, rabino o ministro, y también que desee participar en algún oficio religioso. En tales casos se debe proporcionar un ambiente privado. También hay que comportarse con cortesía con el representante religioso que se trate, se le permitirá al paciente que tenga objetos religiosos a su alrededor, como medallas, imágenes, estatuas o Biblias. Estos artículos deben manejarse como los restantes valor y pertenencias. (Sorrentino,1994)

6.6 NECESIDADES FÍSICAS.

Se puede tardar en morir unos cuanto minutos, horas, días o semanas. Se produce una disminución lenta de los procesos orgánicos, debilidad y cambios en el nivel de conciencia. Se debe permitir al paciente que sea tan independiente como pueda. Cuando empeore su estado se le ayudará a cubrir sus necesidades básicas incluso por completo. Debe realizarse todo el esfuerzo posible para fomentar la comodidad física y psicológica del paciente y para permitirle que muera en paz y con dignidad. (Alspach,1993)

6.7 VISTA, AUDICIÓN Y HABLA.

La vista se vuelve borrosa y falla gradualmente durante la agonía, si el cuarto esta oscuro puede asustarse o a veces los ojos quedan semiabiertos y acumulan secreción. Debido al fallo de la visión debe explicársele al paciente lo que se le esta haciendo. El cuarto debe estar bien iluminado, se evitarán luces brillantes y reflejos. Puede aplicársele una pomada protectora y luego cubrirlos con almohadillas humedecidas para protección de lesiones.

El habla se vuelve difícil y puede resultar complicado comprender al paciente. Y a veces no puede hablar. La enfermera necesita anticiparse a las necesidades del enfermo, no se le harán preguntas que requieran respuestas largas; se le puede preguntar algo sencillo que diga si o no y las menos veces posible.

La audición es la última función que se pierde muchas personas oyen hasta el momento de la muerte. Aún en estado inconsciente; no conviene olvidar este hecho nunca. Hablar con voz normal da seguridad al enfermo, explicar los cuidados que se están proporcionando le consolará.

6.8 BOCA, NARIZ Y PIEL.

La higiene bucal es muy importante para proporcionar comodidad. Al acercarse la muerte y cuando es difícil tomar líquidos por la boca es esencial prestar atención a la higiene.

Pueden producirse costras e irritación de los orificios nasales. Las causas son el aumento de secreciones, las cánulas de oxígeno o los tubos NG. Es necesario efectuar una limpieza cuidadosa.

Al acercarse la muerte la circulación falla y la temperatura corporal aumenta. La piel esta fría y pálida, crece la transpiración. Los cuidados cutáneos, los baños y las medidas de prevención de las úlceras por decúbito son necesarios.

(Alspach,1993)

6.9 EVACUACIÓN.

Los pacientes agonizantes a veces tienen incontinencia urinaria y anal. Si es así se usarán protectores impermeables y se practicarán cuidados perianales cuando sea necesario. Es posible que puedan estar estreñidos y tienen retención urinaria. En ocasiones los médicos prescriben enemas o catéteres urinales.

6.10 COMODIDAD Y POSICIÓN APROPIADA.

Hay que tomar las medidas oportunas para promover la comodidad. Los cuidados cutáneos precisos, la higiene personal, los masajes de espalda y la higiene bucal ayudan a aumentar el bienestar. Los pacientes que padecen dolores intensos necesitan medicamento fuertes contra el dolor. La enfermera puede fomentar la comodidad del enfermo mediante cambios frecuentes de costura. El buen lineamiento del cuerpo y con el uso de dispositivos de apoyo también es de utilidad. Los pacientes que presentan dificultades respiratorias pueden adoptar la posición de semi – fowler. (Sorrentino,1994)

6.11 EL CUARTO DEL PACIENTE

el mismo autor comenta que?

El cuarto debe ser tan agradable como sea posible. Debe de estar bien iluminado, tener buena ventilación. Hay que retirar el equipo innecesario. El cuarto debe estar cerca de enfermería para tener al paciente bien vigilado.

La disponibilidad de recordatorios, imágenes y tarjetas, flores. Objetos religiosos y otros artículos aumentan el bienestar y la seguridad del paciente. Deben ser arreglados a la vista del paciente y de ser posible pedir a la familia que arregle el cuarto de acuerdo a los deseos del enfermo. Esta medida ayuda a satisfacer las necesidades de amor, sentimiento de pertenencia y autoestima. El cuarto debe ser cómodo, agradable y reflejar los deseos de la persona. Así se proporciona bienestar físico y psicológico.

6.12 LA FAMILIA DEL PACIENTE.

La familia atraviesa una etapa difícil y a veces resulta complicado encontrar las palabras apropiadas para reconfortarles. La enfermera puede demostrar sus sentimientos a la familia estando disponible y mostrándose cortés y considerada. También puede recurrir al contacto físico { tomar de la mano, palmar la espalda, etc. } para mostrar su interés.

Por lo común, se permite a la familia que permanezca algún tiempo junto al ser querido. Las horas normales de la visitando suelen aplicarse cuando el paciente está muriendo. La enfermera debe respetar el derecho del paciente y la familia a la intimidad. Necesitan tiempo para estar juntos, sin embargo los cuidados del

paciente no devén descuidarse solo porque la familia esta presente. La mayor parte de los hospitales permiten que la familia ayude a administrar dichos cuidados si así lo desean y están dispuestos a colaborar. de lo contrario, se les sugiere tomar un breve descanso y aprovechen para tomar una bebida o comer algo.

Es posible que la familia este cansada, triste y llorosa. Necesita apoyo y comprensión. Ver morir a una persona amada es muy dolorosa. La perdida eventual de la misma también lo es. La familia debe recibir tanta cortesía y respeto como sea posible. Talvez encuentre consuelo con la visita de un sacerdote u oficiante religioso. (Alspach,1993)

6.13 UNIDAD ASISTENCIAL DE ENFERMOS TERMINALES.

Muchas persona buscan este tipo de asistencia cuando están muriendo. Los cuidados en este caso se centran fundamentalmente en las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los pacientes terminales y sus familias, y dejan al lado los procedimientos terapéuticos encaminados a la curación o a salvar la vida. Más bien recalcan el análisis del dolor o las medidas de bienestar. El objetivo de estos cuidados especiales consiste en mejorar la calidad de vida de la persona que muere.

6.14 ORDEN DE " NO REANIMAR"

Cuando se presenta de forma súbita e inesperada se hace todo lo posible para salvar la vida de la persona. Se inicia la RCP y se emplea un código de urgencias. Las enfermeras médicos acuden a la cama del paciente llevando el equipo necesario para el salvamento. Se continua coa la RCP y las demás

medidas de apoyo hasta que la persona es reanimada o el medico la declara fallecida.

Pero aveces los médicos escriben la orden de "no reanimar" esto significa que no se interesa reanimar al enfermo. Se le permitirá que muera en paz y con dignidad. Este tipo de orden frecuentemente se escribe con el consentimiento del paciente o de la familia. Algunos pacientes dan intrusiones precisas al respecto y solicitan que no se les prolongue la vida por medios extraordinarios si no hay una esperanza razonable de recuperación. (Sorrentino,1994)

6.15 PROCESO DE DUELO

No es usual que una persona no sienta dolor por la perdida de un ser querido. La respuesta de duelo sigue una secuencia bastante predecible. Las fases de duelo ,incluyen el shock y la incredulidad, sentimientos de ira, culpa y hostilidad; interrupción de las actividades habituales de la vida, a menudo debido a una incapacidad para concentrarse y a falta de energía (depresión), la mente se ocupa en pensar en el fallecido y, por ultimo, un estado de aceptación de la perdida y un retorno a la salud psicológica y emocional.

Este proceso es individual y las personas atraviesan las diversas fases en diferente orden y a velocidades distintas. En diagnostico de enfermería se aplica ea quienes estén experimentando un duelo normal cuando un ser amado está muriendo es "duelo anticipado ". el duelo tiene dos resultados ideales: 1) aceptar la perdida del ser querido ,y recordarlo sin dolor profundo y 2) regresar a su rol en la vida sin negarse la capacidad de amar.

La persona que padece el duelo agudo se encuentra en estado de shock emocional causado por la noticia de la muerte inminente o efectiva. Los signos psicológicos que se encuentran por lo común en este momento son desmayos, sensación de nudo en la garganta, dificultad respiratoria y necesidad de suspirar, oleadas de náuseas o malestares somáticos que duran desde 20 minutos hasta más de una hora, sensación de vacío en el abdomen y tensión o dolor fuertes. Otros signos de que la persona está sufriendo una pena aguda comprenden insomnio, olvidos y distracción, y una tendencia a repetir un comportamiento constantemente. La persona puede llorar de modo inconsolable o sentirse aislada y sin responder.

Después de la primera fase de shock y dolor, el doliente por lo general pasa a la siguiente fase, en la cual experimenta poderosas emociones difíciles de controlar.

Su actitud traduce un intento de huir o esconderse de la situación, que le parece completamente repulsiva. Puede estar tan iracundo que se siente impulsado a aislarse del contacto con sus semejantes o es probable que se trate de encontrar a alguien o algo a quien culpar de la catástrofe que ha caído sobre él. Puede culpar a Dios o a otra figura de autoridad como el médico o la enfermera. Incluso es posible que el doliente se sienta furioso con la persona que ha muerto o está agonizando y lo está dejando, o puede percibir una terrible culpa y preguntarse qué podría haber hecho para evitarle la muerte.

Los sentimientos destructivos como la ira y la culpa tienen que encontrar cabida en la mente consciente y el doliente tiene que superarlos para que pueda elaborar su duelo y reanudar su vida sin la persona amada.

A medida que comienza la resolución, la persona comienza a darse cuenta de que el ser querido en realidad está muerto y no va a volver, pero todavía no puede creerlo del todo. Quizá muestre un comportamiento de búsqueda en el que

sigue buscando y espera ver a la persona que se ha ido y estar con ella. El doliente puede estar triste y desconsolado, pero todavía se aferra a la esperanza de que por algún milagro o aclaración de algún malentendido despertará de la pesadilla y se encontrará con que nada ha cambiado. Con el tiempo *sabe* en su mente que la muerte es una realidad y que puede hablar de la persona muerta o "que se ha ido". Hay una abrumadora tristeza por el proceso, pero a medida que avanza por el proceso de duelo, hay un desprendimiento emocional gradual y un dejar ir.

El doliente comienza a reorganizar su vida y hacer ciertas cosas con el objeto de seguir adelante, algunas actividades características de esta fase de aceptación son la limpieza de los armarios y los cajones de la habitación del ser querido y el desprenderse de sus ropas, libros y efectos personales; cambiar la lista del directorio telefónico; dejar de usar el anillo el matrimonio; recordar la casa; conseguir un empleo; y volver a salir a encontrarse con otras personas en la iglesia y en reuniones cívicas y sociales. (dewit, 1999)

6.16 TIEMPO PARA LA RESOLUCIÓN

Las personas que están aprendiendo a trabajar con dolientes a menudo preguntan cuanto tiempo tarda la elaboración del proceso y la aceptación y la resolución finales. En ocasiones los amigos bien intencionados dirá a una persona en duelo que el tiempo lo cura todo. No obstante, el tiempo que se necesita para la elaboración y la curación dependen del individuo, de las circunstancias de la pérdida del ser querido y de las costumbre sociales y culturales. En muchos casos el comportamiento de aceptación comienza de tres

a cuatro meses después de la pérdida y se hace más evidente después de seis meses a un año.

Ésta no es necesariamente una meta o algo a lo que pueda forzarse al doliente.

Tan sólo es el tiempo promedio requerido para que pueda darse la resolución.

La persona orientada hacia la acción por lo general comienza su reorganización antes que la persona pasiva y poco asertiva. No es tanto cuestión de cuanto tiempo tarda el deudo en recuperarse de la muerte de un ser querido, como lo que hace con su tiempo. (dewit, 1999)

6.17 DIEZ SUGERENCIAS PARA LA ELABORACIÓN DEL DUELO

1. Tome un tiempo para aceptar la muerte.
2. Tome un tiempo para dejar ir la vida. La vida es una serie de "dejar ir".
3. Tome un tiempo para tomar decisiones.
4. Tome un tiempo para compartir.
5. Tome un tiempo para creer.
6. Tome un tiempo para perdonar.
7. Tome un tiempo para sentirse bien consigo mismo.
8. Tome un tiempo para hacer nuevos amigos.
9. Tome un tiempo para reír.
10. Tome un tiempo para dar.

(dewit , 1999)

6.18 TEMORES DE LOS ENFERMOS TERMINALES.

El mismo autor comenta que?

Los enfermos terminales experimentan algunos temores específicos característicos con relación a lo que les acontece y sobre el trato que recibirán de los demás en sus horas y días finales. Algunos de ellos son:

- ◆ Miedo a lo desconocido.
- ◆ Miedo al abandono y la soledad.
- ◆ Miedo a la pérdida de las relaciones.
- ◆ Miedo a la pérdida de las experiencias hacia el futuro.
- ◆ Miedo a la independencia y a la pérdida de la independencia.
- ◆ Miedo al dolor.

6.18.1 MIEDO A LO DESCONOCIDO

Resulta obvio que nadie puede relatarle a otro lo que en realidad sucede al morir. El sistema de creencias espirituales del paciente puede ofrecerle la fe en una vida después de la vida en alguna forma.

Si el paciente no cree en un poder superior, la enfermera puede ayudarle a aliviar algo de sus temores relatándole cómo los que han tenido experiencias cercanas a la muerte describen un viaje pacífico, gozoso, lleno de luz. Si se permite al paciente hablar sobre sus temores y se es un escucha atento y sensible puede contribuirse a aliviar el temor. (dewit susan)

6.18.2 MIEDO AL ABANDONO

Mostrar aceptación por la persona con el simple echo de estar con ella el tiempo que se le respeta cualquier deseo de estar a solas ayuda a prevenir los sentimientos de abandono.

Sentarse en silencio en la habitación o estar disponible en la casa o en el área de descanso del hospital a menudo es mejor si el paciente está asilado y la muerte está muy próxima. Durante las primeras etapas de la fase terminal, cuando el paciente esta muy enfermo y se siente carente de atractivo, pero la muerte todavía no esta demasiado cerca, es importante que las enfermeras y los allegados acepten su estado y a el como persona. La enfermera puede desempeñar un papel fundamental en ayudar a la familia que no sabe como actuar a realizar pequeños cuidados y a comunicarse con el paciente. Sugiera que la familia y los amigos le pregunten directamente que le gustaría que hicieran o como le gustaría pasar el tiempo con ellos.

El moribundo necesita que ha hecho cosas correctas en su vida. Aún el mas desolado y autoculpable de los pacientes responden a la mención de los aspectos positivos de su vida. Puede pedirse a los familiares y amigos que busquen en su memoria y recuerden con el los momentos felices que pasaron juntos y sus buenas acciones. Esto puede darle la tranquilidad de que los demás lo extrañarán y lo recordarán con cariño. (dewit,1999)

6.18.3 MIEDO A LA PERDIDA DE LAS RELACIONES Y LA DE LAS EXPERIENCIAS HACIA EL FUTURO

Medida que el paciente acepta lo inevitable del paso final, comenzará a hacer el duelo por la próxima pérdida de sus relaciones con sus seres queridos y sus amigos. Puede dolerle la imposibilidad de participar en sucesos que van a producirse en el futuro, como la graduación de su hijo o una boda, o el nacimiento de su nieto. Hay que darle tiempo para el dolor, pero también ayudarle a recordar momentos felices que ha tenido con las personas importantes de su vida.

6.18.4 MIEDO A LA DEPENDENCIA Y A LA PÉRDIDA DE LA INDEPENDENCIA.

Cuando la muerte se aproxima y el paciente se va debilitando, se vuelve más y más dependiente de los demás Para la satisfacción de sus necesidades básicas.

Para las personas que tienen una gran necesidad de control, esto es casi intolerable. Con el propósito de ayudarlos a reducir el miedo a la pérdida de la independencia, hay que buscar la opción del paciente en cuanto a su tratamiento y sus horarios. Es necesario darle la tranquilidad de saber que todavía participa en su propio cuidado y que tiene el derecho a negarse a recibir tratamientos o cuidados específicos. Al recordarle que la enfermera actúa defensora se le tranquiliza.

6.18.5 MIEDO AL DOLOR

El dolor y la muerte guardan una estrecha relación en la mente de muchas personas. No existe una base para afirmar que hay un dolor fisiológico que acompañe a la muerte. Existen el dolor anímico de la separación, la necesidad y la depresión asociados con el proceso de muerte, pero la agonía, física y el sufrimiento mental no son compañeros inevitables de a muerte.

Hay que tranquilizar al enfermo terminal que sufre dolor físico respecto de que tiene a su disposición los medicamentos cuando los necesite. Esta tranquilidad debe ir seguida de la pronta respuesta a su queja de dolor y molestia. El medicamento para el dolor no debe nublar la mente del paciente ni impedirle de las interacciones importantes con los demás.

Si se le permite al paciente que tome parte en la decisión de la frecuencia y la potencia de las dosis se contribuye a que disminuya de cuando el dolor vuelva no va a contar con el remedio. Los tratamientos analgésicos se individualizan la enfermera tiene la responsabilidad legal de buscar el alivio adecuado del dolor para cada paciente.

Pueden emplearse técnicas no invasivas para el control del dolor en los enfermos terminales y combinarse con la administración de analgésicos. Las técnicas de relajación, meditación, imaginación guiada. Contacto terapéutico, música suave, masaje y otras pueden ser muy efectivas en el control del dolor en la mayoría de los pacientes.

Cualesquiera que sean los medicamentos o las técnicas no invasivas que se usen ya sea para prevenir o para controlar el dolor del enfermo terminal. Deben administrarse con compasión y con la comprensión de la experiencia del dolor,

en- general la meta debe ser prevenir el dolor en vez de intentar aliviarlo cuando ya se ha producido.

La adicción, que en ocasiones es una preocupación de las enfermeras que administran dosis frecuentes de narcóticos, no es una inquietud valida cuando no hay esperanzas de recuperación de la enfermedad y la muerte se aproxima. La enfermera siempre debe tratar de ponerse en el lugar del paciente cuando considera los aspectos de alivio del dolor.

Los amigos y parientes del moribundo a menudo se sienten aliviados de saber que a hecho todo lo humanamente posible para que él no sufra. También hay que darles la tranquilidad se saber que es más probable que el momento final de la vida de la persona sea tranquilo y no agitado, y que es más probable que este inconsciente o semiconsciente en vez de completamente atento a todo cuanto sucede.

6.19 ESPERANZA Y DESESPERANZA EN EL PACIENTE TERMINAL

Es común que el enfermo terminal experimente un alto grado de tensión entre la esperanza y la desesperanza, la voluntad de morir y el deseo de vivir. La esperanza mira hacia el futuro y ofrece consuelo en la convicción de que alcanzará todo lo que desea; su ausencia lleva ala desesperanza y a la perdida de voluntad de vivir. El moribundo es muy vulnerable a estos sentimientos, aunque siempre persiste algún grado de esperanza independiente de lo que se espera.

Aun aquellos que en apariencia han aceptado la realidad de la muerte inminente rara vez se niegan a la posibilidad de un alivio merced a un medicamento o tratamiento recién descubiertos..

Las esperanzas expresadas por estos pacientes les elevan el animo en momentos difíciles y pueden dar significado al sufrimiento que están padeciendo. Al comienzo, es probable que el paciente prefiera pensar que su enfermedad es tan seria como parece o que el diagnostico no es correcto. Quizá más adelante espere que pueda encontrarse un tratamiento que cure su enfermedad o al menos le prolongue la existencia. Por ultimo, puede encontrar consuelo en creer que seguirá existiendo después de la muerte. No todas las personas pueden aceptar el concepto de una alma inmortal que entra en otra forma de vida después de esta.

Para muchas las palabras *vida eterna* tienen escaso significado hasta cuando se enfrenta la realidad de la propia muerte, e incluso entonces pueden cuestionar si la inmortalidad del alma tiene alguna importancia para su situación actúa. Otros pueden creer en la reencarnación o en un marco espiritual por completo diferente, la enfermera debe respetar las creencias religiosas del paciente y no pretender imponerle las suyas.

Cualquiera que sea aquello que el paciente cree y donde entre su confianza, tiene derecho a ello y a la esperanza en algo mejor que lo que esta experimentando en este momento. La enfermera puede escucharlo y quizás compartir con el su experiencia de optimismo, pero debe ser honesta y no puede darle falsas expectativas de recuperación o curación cuando, desde el punto de vista real, no hay ninguna lo que puede hacer es darle esperanzas de que mañana será un día mejor de una franca risa por algo que acontece, de obtener una comida favorita o de ver a un ser querido, o incluso un amanecer o un atardecer especialmente hermosos. Pueden pasar muchas pequeñas cosas

placenteras en un día de vida. Aun el esperar unas pocas cosas placenteras puede en ocasiones levantar el animo del paciente.

La enfermera creativa y con recursos puede encontrar alguna forma de traer todos los días un poco de placer y esperanza al enfermo terminal.

La muerte misma puede ser un alivio que el paciente recibe con los brazos abiertos o busca con afán. No obstante la enfermera debe tener la precaución de no darle la impresión de que está de acuerdo en que se prefiere la muerte y que, por tanto, su deseo es rendirse. Puede identificarse con el deseo del paciente de que termine el sufrimiento, pero siempre debe transmitirle su apoyo.

(dewit, 1999)

6.20 COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO TERMINAL

el mismo autor comenta que ?

Preguntar al paciente si tiene inquietudes o pensamientos que quisiera compartir le permite expresar sus sentimientos y preocupaciones. El papel de la enfermera es de escucha atenta. La honestidad y la apatía son las cualidades para lograr una comunicación efectiva con el moribundo. Este no es el lugar para las frases de cajón falsamente tranquilizadora, aceptar las ocupaciones expresadas por el paciente y solucionar problemas sobre aspectos para los que hay respuestas pueden traerle algo de consuelo. En ocasiones, la enfermera es la única persona con la cual el paciente siente que puede expresar su decaimiento, sus temores y sus dudas porque no desea preocupar a sus familiares o amigos.

Trate de abrirle la puerta a la comunicación describiéndole lo que ve esta usted tan desolado y triste, me gustaría saber si puedo ayudarle, ¿quiere hablar de esto?" o solo reconozca su lucha " aseguraría que esta que esta cansado de sentirse tan mal. Tiene que ser muy duro. Estoy aquí si desea hablar de ello.

Todos los pacientes moribundos quieren hablar de sí mismos y lo que sucede, hay momentos de que incluso el más locuaz de ellos prefiera permanecer en silencio y es aislado. Sin embargo, es importante que el paciente tenga oportunidades de- compañía y conversación y para compartir sus sentimientos. Hay que permitirle que escoja el momento, el tema y la persona con la cual desea comunicarse.

La comunicación no verbal puede tener tanto significado como la verbal, si no más. Un contacto amable, el deseo de dedicarle algún tiempo y actitud paciente y ala captación puede transmitir compasión y preocupación por la persona. Las enfermedades terminales con frecuencia se acompañan de deterioro de los tejidos corporales, aspectos y olores desagradables, y lesiones y secreciones repulsivas si el paciente ve que la enfermera no siente repugnancia por estos problemas y el esfuerzo de mantenerlo limpio y presentable, tiene seguridad, por sus actos, de que ella no prefiere abandonarlo a su surte.

Su trato con el moribundo es útil para ambos, la enfermera y el paciente, que ella pueda mantener su sentido del humor a pesar de la gravedad de la situación. Todos apreciamos el alivio cómico ocasional del duelo y la tragedia irreparable. El humor y la risa deben ser partes naturales de la vida de todo ser humano. El enfermo terminal todavía está vivo y puede disfrutar de cualquier cosa que contribuya a la plenitud de la vida en sus últimos días, el llanto o la risa, ser creativo o apreciar la creación, dar amor o recibirlo.

Las enfermeras que han tenido un vasta experiencia en el trabajo con moribundos coinciden en que la mejor manera de desarrollar las destrezas necesarias para sobrellevar estos aspectos es por medio de la lectura de casos reales y de la experiencia de primera mano en la atención de los pacientes que ser aproximan a la muerte.

6.21 DERECHO DEL PACIENTE A SABER

El derecho que tiene el enfermo terminal a conocer su diagnóstico y su pronóstico es directamente proporcional a su capacidad de otorgar su consentimiento informado para cualquier tratamiento médico o quirúrgico que los profesionales de la salud estén contemplando. Parece no haber dudas con respecto a que el paciente que pregunta por su estado tiene derecho a conocerlo. Por lo general se acepta que, si le informa sobre la naturaleza de su enfermedad y los tratamientos prescritos para ella, tendrá una mayor capacidad para asumir su cuidado y participar de forma activa en la planificación de sus cuidados médicos y de enfermería. No obstante, los problemas surgen cuando los miembros del equipo de salud no coinciden en lo que debe o no comunicarse al paciente, no saben que se le ha dicho o no están al tanto, o no les interesa conocer sus deseos al respecto. Algunos pacientes no desean saber la seriedad de su padecimiento.

Todos los pacientes tienen el derecho de conocer el resultado esperado de su enfermedad, si así lo desean, pero también les asiste el derecho correspondiente a no saber.

La mayoría de los moribundos ya saben que están muriendo, pero no todos desean hablar de su estado ni recibir información pormenorizada sobre este. Si es evidente que no desea admitir abiertamente que su muerte es inminente ni hablar de ello, hay que respetar su voluntad. Sin embargo esto no significa que no pueda cambiar de opinión y pedir información más adelante. Siempre abran de mantenerse abiertas las líneas de comunicación para que el paciente se sienta libre todo el tiempo de hacer preguntas y expresar sus sentimientos.

Algunos moribundos desean la información completa. Desean saber más o menos cuanto tiempo de vida les queda y que puede sucederles durante las

etapas finales de su enfermedad. Saber la verdad sobre su estado les da la oportunidad de mantener algún grado de control sobre su vida, hacer planes para quienes les sobreviven, hacer las paces con la familia y con dios, si procede, y arreglar sus asuntos personales y financieros mientras todavía son capaces de hacerlo.

Todos los que tienen contacto estrecho con el paciente deben estar al tanto de si el conoce su diagnostico y su pronostico. Si dice que desea conocer " la verdad" pero siente que algunas personas no están siendo del todo honestas con él y están evadiendo sus preguntas, su confianza en ellas puede resultar gravemente lesionada, cuando no destruida. Cualquier relación terapéutica con el paciente, moribundo o no debe basarse en la confianza y el respeto mutuo.

6.22 ANALGESIA EN LA ATENCIÓN DE UN ENFERMO EN FASE TERMINAL

El medico tiene la responsabilidad de prescribir los medicamentos del paciente; sin embargo la enfermera debe realizar evaluaciones para ver hasta qué grado la prescripción satisface las necesidades del paciente e informar al médico lo que observe. Esta fuera del alcance de este libro tratar la amplia variedad de medicamentos disponibles y su dosificación. Los principios generales de la analgesia son los mismos independientemente del medicamento en cuestión y se deben explicar claramente al paciente y a su familia si se quiere que se cumplan las indicaciones.

NOTA: De ser posible deben evitarse las inyecciones frecuentes en la atención del enfermo terminal. Las personas no se acostumbran a las inyecciones intramusculares y el miedo a ellas reduce el umbral del dolor. Las enfermeras

siempre deben estar al tanto de la buena práctica y actual relación con la administración de medicamentos, y siempre que haya una alternativa a las inyecciones, por ejemplo, supositorios, tabletas, o irrigaciones, se debe pedir al médico que haga sus prescripciones tomando en cuenta esto. (dewit,1999)

6.23 LOS PROBLEMAS DEL DOLOR QUE NO PUEDEN ALIVIARSE.

A diferencia del paciente internado en hospitales u hospicios, el paciente desahuciado atendido en casa por lo general es responsable, junto con los que lo cuidan, de la administración de sus analgésicos (a menos que sean inyecciones). Aunque esto tiene algunas ventajas para el paciente, pues le permite cierto control y participación de su propia atención, también puede causar problemas.

La falta de entendimiento de analgésicos, por ejemplo, combinada con una comunicación deficiente entre la familia y la enfermera o el médico puede traer como resultado que el paciente sufra innecesariamente. (dewit,1999)

RAZONES DE FALLA DE ANALGESIA.

1. El paciente cree que el dolor es inevitable e intratable.
2. el paciente no informa al médico o a la enfermera, o pone cara de valiente.
3. el paciente no acepta o toma la medicación como se le ha preescrito, porque no entiende los principios de la analgesia, por ejemplo: Cree que la medicación debe tomarse solo si es absolutamente necesaria, teme volverse adicto. Tiene miedo de volverse resistente y que nada le haga efecto cuando las cosas se ponen realmente mal.
4. Deja de tomar sus medicinas por las molestos efectos secundarios, pero no se lo dice al médico o a la enfermera porque teme un regaño.

6.24 DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL.

(Alspach, 1993)

La persona que esta muriendo tiene derecho a:

- ◆ Ser tratada como una persona hasta que muera
- ◆ Al contacto humano cariñoso
- ◆ Al control del dolor
- ◆ A la limpieza y comodidad
- ◆ A mantener un sentimiento de esperanza cualesquiera que sea su dirección
- ◆ participar en sus cuidados o planificación
- ◆ a la atención respetuosa de los médicos y enfermeras
- ◆ a la continuidad del cuidado y los cuidadores
- ◆ a la información sobre su estado y su muerte inminente
- ◆ a obtener respuestas honestas a sus preguntas
- ◆ a explorar y cambiar sus creencias religiosas
- ◆ a mantener la individualidad y a expresar con libertad sus emociones sin ser juzgado por ellas
- ◆ a enmendar sus errores con otros si lo desea y a arreglar sus asuntos personales
- ◆ a despedirse de sus familiares y allegados en privado
- ◆ a que sus allegados reciban ayuda en la elaboración del duelo
- ◆ a aislarse del contacto humano si así lo desea
- ◆ a morir en su casa o en un ambiente que le es familiar
- ◆ a morir dignamente
- ◆ Aun tratamiento respetuoso de sus despojos después de la muerte

6.25 SIGNOS DE MUERTE PROXIMA

Muy pocas personas en la sociedad han visto a una persona muerta , menos aun han visto morir a alguien. Lo que mucha gente se imagina de las ultimas horas de vida es una persona que grita aterrorizada luchando por vivir, o sangre saliendo del cuerpo del moribundo. Una de las cosas mas importantes que la enfermera puede hacer es asegurarte tanto al paciente como a al personas que lo atienden que la muerte rara vez en una experiencia desagradable, aunque tampoco es agradable. Se puede decir con toda honestidad que la persona que va a morir se siente mas y mas cansado y por ultimo cae en la inconciencia y el sueno. Los últimos momentos cuando el cuerpo muere son tranquilos.

(Vargas,2002)

La familia tal vez quiera saber como se reconoce cuando el paciente se aproxima a la muerte y que pueden hacer para confortar al ser querido en sus últimos momentos.

La muerte en si, mas que un suceso es la falta de presencia cuando el espíritu de la persona ha cesado o se ha ido. El corazón deja de latir y cesan las respiraciones, el cuerpo se nota relajado y el rostro generalmente se ve tranquilo.

Lista de aproximación de la muerte

- Suspensión de la interacción social, el enfermo se siente muy cansado.
- Se vuelve inquieto se marea y se agita, puede mojar la cama.
- Se niega a tolerar o no le gustan los alimentos o bebidas, esta demasiado débil para comer. Cambios en la coloración de la piel (palides, sianosis o ictericia).
- El pulso se debilita, es rápido o irregular o ambas cosas, el pulso en la muñeca puede ser imperceptible.
- Cambios en la respiración: estertores por secreción en la garganta; jadeo ; posible hemorragia interna; respiración de cheine stokes, se detiene, luego el ciclo comienza de nuevo asta que llega la muerte
- Los ojos pueden ponerse vidriosos, pueden quedarse abiertos o inconcientes en estado fijo
- Incontinencia urinaria o fecal por relajamiento de los esfinteres
- Aumento del frío del cuerpo, especialmente en extremidades; sudor frío
- Cambios en el nivel de conciencia; puede parecer comatoso; luego estar alerta de nuevo y luego entrar en coma nuevamente. El coma por lo general se parece a la muerte. El paciente se ve calmado y en reposo.
(dewit ,1999)

6.26 SIGNOS DE MUERTE

1. Es necesario que la enfermera conozca los signos de que la muerte se acerca, dichos signos pueden presentarse rápida o gradualmente:
2. Se pierden la capacidad de movimiento, el tono muscular y la sensación, primero en los pies y en los miembros inferiores; finalmente en el resto del cuerpo. Los músculos de la boca se relajan y la mandíbula cae. La boca puede permanecer abierta, frecuentemente la expresión facial es de paz.
3. El peristaltismo y las demás funciones gastrointestinales vuelven más lentos. Puede haber distensión abdominal, incontinencia anal, impactación náuseas y vómitos.
4. La circulación falla y la temperatura corporal aumenta. La persona siente frío o calor, se queda pálida y transpira intensamente. El pulso es rápido, débil o irregular. La presión arterial comienza a descender.
5. El aparato respiratorio falla. Pueden observarse respiraciones de cheyne-stokes, lentas o rápidas, y las respiraciones superficiales. Se acumula moco en las vías respiratorias. Esto causa el estertor agónico " que puede escucharse.
6. El dolor disminuye al perder conciencia el paciente. No obstante, algunas personas permanecen conscientes hasta el momento mismo del fallecimiento.

Los signos de muerte incluyen ausencia de pulso, de respiraciones o presión arterial. Las pupilas quedan fijas y dilatadas. El médico entonces determina que se ha producido la muerte y la certifica. (dewit, 1999)

6.27 CUIDADOS DEL CUERPO DESPUES DE LA MUERTE

Los cuidados del cuerpo después de la muerte se llaman cuidados *post mortem*. la responsable de estos cuidados es la enfermera. Los cuidados se inician tan pronto como el medico declara fallecido al paciente y se administran siguiendo la precauciones globales de seguridad. es posibles que se esté en contacto con líquidos y sustancias corporales infectadas.

Los cuidados post mortem se practican para mantener el cuerpo en buen aspecto. Evitan los cambios en la coloración y los daños cutáneo. Estos cuidados incluyen también la recopilación de los valores y pertenecías personales del difunto para la familia. El derecho a la intimidad y al trato digno y respetuoso también son de aplicación después de la muerte.

En un plazo de 2ª 4 horas después de la muerte se desarrolla el rigor mortis. El *rigor mortis* es la rigidez de los músculos esqueléticos, que se produce después de la muerte. Los cuidados post mortem incluyen la colocación del cuerpo en un alineamiento normal antes de que se establezca el rigor mortis. Pero también-existe otra razón para colocar el cuerpo en una posición normal; es posible el deseo de la familia ver al difunto antes que sea conducido a la funeraria. El fallecido debe presentarse en una posición cómoda y natural.

En algunas ocaciones, el cuerpo se prepara sólo para su exposición. Los cuidados post mortem los completa más adelante la funeraria. (dewit susan)

6.28 REACCIONES DE LA FAMILIA ANTE LA MUERTE INMINENTE DE UNO DE SUS MIEMBROS

Los miembros de la familia experimentan algunas etapas como negación; no puede ser verdad, enojo ; porque yo, regateo; si soy yo pero; depresión, si...yo; aceptación, termina la angustia, un asunto no terminado se finiquita. El tiempo que invierten distintos individuos en pasar por las etapas varia; en consecuencia, el paciente bien puede llegar a la etapa de aceptación mientras la familia puede estar en la etapa de negación o depresión. (Alspach,1993)

6.29 ATENCION PARA LOS AFLIGIDOS POR LA MUERTE DE UN SER QUERIDO

Desde el momento en que se dice a la familia que el ser querido esta en fase terminal de su enfermedad, comienza el proceso de aflicción. Esta aflicción anticipada es parte del proceso necesario de aceptación de la perdida. Sin embargo a veces puede resultar contraproducente y aislar mas al paciente moribundo. Este es en caso cuando se dice a la familia que su ser querido solo vivirá determinado tiempo, si el paciente sigue viviendo después de este tiempo, la familia puede haber completado el proceso de aflicción y tener una sensación de alejamiento del ser querido en sus ultimas semanas. Esto hace subrayar la necesidad de evitar cualquier afirmación rotunda en cuanto al tiempo que vivirá aún el paciente. La función de la enfermera es apoyar a la familia durante esta etapa, al mismo tiempo que facilita que tanto ellos como el paciente vivan intensamente hasta que llega la muerte. (dewit susan)

VII.- METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

descriptivo, transversal por los alcances de los objetivos y resultados obtenidos.

7.2 UNIVERSO

Pacientes en fase terminal.

7.3 RECOLECCION DE DATOS

Búsqueda bibliográfica

7.4 ANÁLISIS DE DATOS

Microsof word

7.5 ETICA DE ESTUDIO

En base al reglamento general de salud en la materia de investigación para la salud.

El artículo 4 menciona que la investigación deberá entender los aspectos éticas que garatizen la dignidad y bienestar de la persona.

Artículo 13 párrafo vi menciona que la investigación deberá ser realizada por personal profesional de la salud para cuidar la integridad de el ser humano bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud.

Artículo 16. deberá proteger la privacidad de el sujeto.

Artículo 18. menciona que deberá suspenderse la investigación de inmediato al advertir algún riesgo a la salud de el sujeto o cuando el sujeto así lo determine.

Artículo 21 párrafo viii. No se identificará al sujeto y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad.

Artículo 58 párrafo ii. Los resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio de el individuo.

VIII.- CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas en este trabajo fueron las siguientes:

- ◆ Obtención de información mas completa sobre las diferente enfermedades terminales
- ◆ Selección de cuidados integrales en cada una de ellas
- ◆ Especificación de cuidados intensivos de los pacientes con estas enfermedades
- ◆ Seguridad de la persona que los brinda
- ◆ Satisfacción de brindar los cuidados adecuados en cada persona basados en diferentes bibliografias y con la opinión de expertos en la materia.
- ◆ Conocimiento sobre las distintas etapas por las cuales pasa el enfermo terminal.
- ◆ Conocimiento de los derechos que tiene el paciente en fase terminal
- ◆ La importancia que tiene el brindar confianza al enfermo terminal para que pueda ser más fácil la atención médica.
- ◆ Lo importante de la comunicación tanto con el enfermo, como con los familiares para que la enfermedad sé menos pesado para ellos.
- ◆ Descubrir cual es la reacción de los familiares ante la muerte de uno de sus miembros
- ◆ Saber como debe ser el trato a los familiares ante la muerte de un ser querido.
- ◆ La importancia que tiene que el personal que brinda los cuidados sean personas preparadas profesionalmente.

IX.-BIBLIOGRAFIA

A Sorrentino Sheila, Enfermería practica tercera edición Mosby- Doyma libros Barcelona España 1994 pp 465- 474.

Alspach ,Cuidados intencivos en el adulto 4 edición interamericana Mc. Graw hill, interamericana SA. DE CV México DF 1993 pp 723-726.

Bruner y Suddarth, Enfermería Medico quirurgica 7ª edición vol. I Interamericana SA de CV mc Graw Hill, México DF. 1994 pp 160-161.

C. Susan, Dewit Fundamentos de enfermería medico quirúrgica 4ª edición MSNRNCS Harcourt SA de CV. Barcelona España 1999 pp296-317.

E.W DU Gas Tratado de enfermería practica 4 Edicion Interamericana S A de CV 1986 México DF pp 725-733.

Henderson A virginia La naturaleza de la enfermería Reflexiones 25 años después, , Interamericana MC Graw Hill, Barcelona España 1994, pp. 9-33.

Hernan San Martín Tratado General de la salud en las sociedades humanas, . tomo 2 , la prensa medica Mexicana SA de CV. Arquitectura 29 , universidad Coyoacan, México DF. 1992 pp 264-276.

[http mipagina. Euscatel.es/wastu/contenido.html](http://mipagina.Euscatel.es/wastu/contenido.html).

[http.www.secpal.com/revista/resumen/oster/resumen/posters-84](http://www.secpal.com/revista/resumen/oster/resumen/posters-84) ss.

INTERNET

Lawrence M. Tierney Jr, Stephen J MC. Pcphee. Diagnostico clínico y tratamiento, Manual moderno SA. De CV México DF. 1999 PP 1-27.

Ledesma Ma del carmen, Introducción a al enfermería, editores Uteha Noriega, México DF. Editorial Limusa SA de CV 1995 pp 167-173.

Marciano Vidal, Eutanasia un reto a la conciencia. editorial Alva, S.A. de C.V. México D.F. 1995, PP 37-80.

Meditacion sobre la muerte.Aguayo Enrique.La nueva librería parroquial de claveria SA. De CV.editorial Basilio Núñez S.A de C.V. México DF 2002. PP 21-102.

Nursing, edición española noviembre 2000 actuación sobre las complicaciones agudas y crónicas. Pp7

Parturnon y Jean ORR, Sanches Fierros Maria Martha Colección Limusa de enfermería practica , enfermería comunitaria, Grupo Noriega, editoriai Limusa SA de CV. México DF1992 pp 75-152.

Rozier, Erb, Oliveri, enfermería fundamental tomo 6 4ta edición Mc Graw Hill Interamericana S.A de C.V. 1994 PP 1321-1322.

Tello flores Francisco Javier, Medicina forence 2ª edición, Universidad de Monterrey 2002, México DF. Oxford pp. 10-11, 17-22,93-94.

Vargas Alvarado Eduardo, Medicina legal, , Editorial trillas SA de CV México 2002 PP 89 125.