

Atendiendo el proceso de morir

**Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Intensiva. Experto en Metodología de investigación. Titulado en Coordinación de trasplantes. Profesor en Master de Humanización de la Salud en la U.B. Miembro del grupo redactor de la ley sobre los derechos y garantías de las personas al final de la vida. Autor del libro: La muerte y el morir. Presidente de la Fundación Metta-Hospice*

***Dra en Enfermería Máster Cuidados Críticos. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. Máster Oficial Investigación en Cuidados de la Salud. Universidad Complutense de Madrid. Profesora ayudante doctora, por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación*

****Diplomada en enfermería. Universidad de Alicante. Master en Instrumentación Quirúrgica. Universidad de Valencia, Diplomada en Quiromasaje. Instituto Masser Mass. Alicante, Diplomada en transporte sanitario medicalizado. (Enfermera SAMU). Eves, Terapeuta Gestáltica. Alicante, Graduada en Psicología por la Uned. Formación en psicoterapia clínica integrativa. IPETG.*

La muerte es, aún, una palabra tabú en nuestra sociedad, sin embargo, es un hecho natural que nos cuestiona existencialmente. Para los profesionales sanitarios es algo con lo que toca convivir y en muchos casos se vive como un fracaso. Se entiende como el cese de las constantes vitales que aparece como una amenaza a la integridad del individuo que llega, en el 90% de los casos como consecuencia de una enfermedad.

Este proceso afecta a todas las dimensiones de la persona, la dimensión física con sus síntomas, el deterioro del cuerpo, etc. La dimensión psíquica, que se manifiesta a través de las emociones emergentes y la capacidad de respuesta y adaptación. La dimensión social, con los aspectos concernientes a la familia, el trabajo y el entorno y por último afecta a la dimensión espiritual, dimensión simbólica y trascendente más allá de las creencias.

La enfermedad terminal trastoca todas estas dimensiones, su cuidado, por tanto, deberá abordar todos estos aspectos.

En todo proceso de morir siempre vamos a encontrar diversas fases, que no son lineales ni siguen los mismos patrones para todo el mundo. P. Fenwick ha elaborado un mapa que es muy explicativo de estas diferentes fases que hacen un recorrido desde el caos del principio hasta la lucidez terminal cuando se entra en un nivel diferente de conciencia, trascendiendo lo material para conectar con lo espiritual, sin que en ello exista ningún aspecto religioso específico predominante.

Desde el punto de vista de los profesionales, nuestro papel en el acompañamiento del proceso se centrará fundamentalmente en una modificación de los objetivos, pasando de estar centrados en la enfermedad a darle todo el protagonismo a la persona, garantizando su dignidad y respetando sus valores.

Quizás la parte más sencilla de todo es lo concerniente al abordaje de los síntomas, fundamentalmente del dolor. Como profesionales debemos ser capaces de tener un buen control del dolor y otros síntomas. Así como evitar una prolongación inapropiada del proceso de morir. Hay que tratar, siempre, de que el paciente tenga la máxima autonomía, generando, en su entorno una actitud que refuerce los lazos afectivos y que desarrolle una atmosfera de seguridad, garantizando el cuidado de las necesidades

que vayan surgiendo.

En ese periodo de lucha en que toma relevancia la resistencia, los apegos, la negación, los síntomas, hay que ser especialmente cuidadosos en no generar falsas expectativas, es preciso ser honestos y no caer en la trampa de mentir u ocultar la realidad para evitar el daño de afrontar la evidencia. El paciente es el que mejor sabe cómo se encuentra, y llegará a la aceptación con nuestro acompañamiento

compasivo que le facilitará encontrar el camino para trascender y disolver todo lo material y encontrar la paz. Con la intervención compasiva se facilita esa transición, lo que se pretende no es resolver la amenaza sino ayudar a trascender aquello que no podemos cambiar.

Para preparar esas últimas horas es preciso recordar que el tiempo y la evolución son impredecibles y que el respeto a la intimidad es fundamental

Referencias Bibliográficas

- Ellershaw JE, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ* 2003;326:30-34 2
- Strada A. Preserving life at the end of life: shifting the temporal dimension of hope. *Palliat Support Care*. 2008 Jun;6(2):187-8. doi: 10.1017/S147895150800028X.
- Simmonds A. Decision-making by default: experiences of physicians and nurses with dying patients in intensive care. *Hum Health Care Int*. 1996 Nov;12(4):168-72.
- Spence D. Palliative care: end of life care. *West Indian Med J*. 2003 Dec;52(4):265-6.
- Thompson GN, Chochinov HM. Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2008 Mar;2(1):49-53. doi: 10.1097/SPC.0b013e3282f4cb15.
- Kuhl D, Stanbrook MB, Hébert PC. What people want at the end of life. *CMAJ*. 2010 Nov 9;182(16):1707. doi: 10.1503/cmaj.101201. Epub 2010 Sep 13.
- Yun YH, Lee MK, Kim SY, Lee WJ, Jung KH, Do YR, Kim S, Heo DS, Choi JS, Park SY, Jeong HS, Kang JH, Kim SY, Ro J, Lee JL, Park SR, Park S. Impact of awareness of terminal illness and use of palliative care or intensive care unit on the survival of terminally ill patients with cancer: prospective cohort study. *J Clin Oncol*. 2011 Jun 20;29(18):2474-80. doi: 10.1200/JCO.2010.30.1184. Epub 2011 May 16.
- Notcutt WG. Care of dying patients. Education in palliative care for all. *BMJ*. 2003 Mar 8;326(7388):552. doi: 10.1136/bmj.326.7388.552/a.
- Spohr M. Psychosocial aspects in terminally ill and dying patients. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 2000 Sep;94(7):595-601.
- Thompson GN, Chochinov HM. Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2008 Mar;2(1):49-53. doi: 10.1097/SPC.0b013e3282f4cb15.
- Hutter N, Stößel U, Meffert C, Körner M, Bozzaro C, Becker G, Baumeister H. "Good dying"--definition and current state of research. *Dtsch Med Wochenschr*. 2015 Aug;140(17):1296-301. doi: 10.1055/s-0041-102676. Epub 2015 Aug 25.
- Waun J. For dying patients and their families. *Bioethics Forum*. 1999 Spring;15(1):38-41.

- Bertolino M. Promoting quality of life near the end of life in Argentina. Interview by Karen S. Heller. *J Palliat Med.* 2001 Fall;4(3):423-30. doi: 10.1089/109662101753124110.
- Kuhl D, Stanbrook MB, Hébert PC. What people want at the end of life. *CMAJ.* 2010 Nov 9;182(16):1707. doi: 10.1503/cmaj.101201. Epub 2010 Sep 13.
- Caninaerts N, Dierckx de Casterlé B, Grypdonck M. Palliative care, care for life: a study of the specificity of residential palliative care. *Qual Health Res.* 2004 Jul;14(6):816-35. doi: 10.1177/1049732304265977.
- Wylie NA. Nursing care of terminally ill patients in hospital settings. *QRB Qual Rev Bull.* 1980 Dec;6(12):4-7.
- Steffen-Bürgi B. Ideas about a "good death" in Palliative Care Nursing]. *Pflege.* 2009 Oct;22(5):371-8. doi: 10.1024/1012-5302.22.5.371.
- Strang P. Most of the terminally ill patients want to die at home. Advanced home care services can often replace palliative hospital care. *Lakartidningen.* 2002 Feb 21;99(8):742-3, 746.
- Llobera J, Esteva M, Benito E et al. Quality of life for oncology patients during the terminal period. Validation of the HRCA-QL index. *Support Care Cancer* 2003; 11:294-303
- Llobera J, Esteva M, Rifà J et al. Terminal cancer. Duration and prediction of survival time. *Eur J Cancer* 2000; 36:2036-2043
- Kaasa S, Loge J.H. Quality of life in palliative medicine- principles and practice. In *En Oxford Textbook of Palliative Medicine.* Doyle, Hanks, Cherny and Calman, Ed. Oxford University Press. 2004. p: 200.
- Fürst C.J., Doyle D, The terminal phase, en *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* Doyle, Hanks, Cherny and Calman, Ed. Oxford University Press. 2004. pp 1119-1133.
- Comité de Ética de la SECPAL. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa* 2002; 9(1): 41-46
- Faisinger RL, Waller A, Bercovici M, Bengston K, Ladman W, Hoskin M, Nuñez Olarte JM, de Moissac D. A multicenter international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patient. *Palliative Medicine* 2000; 14: 257-265.
- Porta J. Sedación al final de la vida: aspectos clínicos y éticos. *Geriatría y Gerontología* 2003; 38: 44-52.
- Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ* 2003;326: 30-34
- Nauck F, Klaschik E, Ostgathe C. Symptom control during the last three days of life. *Eur J Palliative Care* 2000;7(3);81-84
- Ellershaw JE, Smith C, Overill S, Walker SE, Aldridge J. Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. *J Pain Symptom Manage* 2001;21:12-17
- Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. *Journal of palliative care* 1990;6(4): 7-15
- Porta J, Nuñez Olarte JM, Altisent R y cols. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. *Med Pal* 2002; 9(1): 41-46