

MORIR SIN PERMISO

AUTORES:

- Álvarez Colorado, Montserrat
- Cerrillo Martín, Daniel
- Muñoz Ruiz, Eva
- García Escaño, Carolina
- Rodríguez Ortega, Carmen



**24º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA
HEMATOLÓGICA
ALBACETE**

Revisión de casos como método de investigación descriptiva



Unidad de Oncohematología:



Fracaso de las líneas terapéuticas apareciendo elementos de complejidad y empeoramiento clínico, varias formas de tratar a los pacientes, ya sean :

Pacientes de oncología se cursa interconsulta (IC) para la actuación del soporte avanzado de **CUIDADOS PALIATIVOS(UCP)**

Pacientes de hematología, actuación tardía a realizar este acto

¿Qué nos lleva a justificar esta acción?

- Falta de identificación en la aparición de estos elementos de complejidad
- Insistencia en la recuperación y evolución

QUE CONLLEVA:



Estrés emocional para el personal de enfermería

ESPERANZA Y ALIENTO EN LA RECUPERACIÓN DEL FAMILIAR.

RECORDEMOS QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS:

Modelo asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias,

¿cómo?

A través de la **PREVENCIÓN** y el **ALIVIO** del sufrimiento gracias a la identificación **TEMPRANA** y **CORRECTA** de la evaluación, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Cuyo objetivo es velar por la unidad **PACIENTE/FAMILIA**

IDENTIFIQUEMOS ESA NECESIDAD

- Con una valoración médica exhaustiva de la evolución y pronóstico de la enfermedad.
- Con la información al paciente y a sus familiares



Apreciando e identificando cuáles son sus valores, preferencias, necesidades o expectativas.

DONDE APAREZCAN
OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA DAR RESPUESTA Y VALORACIÓN
MULTIDIMENSIONAL.

UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA QUE SE ANTICIPE AL PROBLEMA.



Necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales que incluyen diagnósticos, objetivos y/o deseos de la persona.



Intervención adecuada donde plantear el tema
De la muerte viene determinada por variables
Vinculadas a la vida cotidiana como el propio **SER HUMANO.**

UNA INTERVENCIÓN ADECUADA ANTE UNA SITUACIÓN DE TAL MAGNITUD COMO ES EL ACTO DE MORIR, REQUIERE DE UNA GRAN RESPONSABILIDAD.

«aceptar no es resignarse, no hay nada que haga perder más energía que el resistir y el pelear contra una situación que no se puede cambiar.»

Dalai Lama

- Los pacientes hematológicos presentan un gran sufrimiento psicológico r/c deterioro de la calidad de vida.
- Destacar que la depresión clínica no es una parte normal del proceso agonizante, sí experimentan una **AFLICIÓN PREPARATORIA**.

FATIGA POR COMPASIÓN



respuesta que damos ante el sufrimiento de un paciente que repercute en nuestra salud emocional.

Las emociones y sentimientos de nuestros pacientes son una pieza importante de los datos clínicos que nos pueden permitir conocer qué es lo que el paciente entiende sobre sus circunstancias médicas.

¿CUÁL ES NUESTRO RETO?
SOLVENTAR ESE APOYO O INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PUEDA NECESITAR.

Los CP son solicitados tardíamente...esa es nuestra REIVINDICACIÓN

- como mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes, a través de un amplio manejo de los síntomas con apoyo para el paciente y la familia.
- Apoyo psicosocial y planificación anticipada que brindan un beneficio mensurable en la mortalidad.

PARA MORIR NO HAY QUE PEDIR NI SOLICITAR PERMISO.

- El FIN DE LA VIDA siempre provoca angustia en la persona
- Los CP abordan esa parte de la vida, mediante una actuación correcta ante la muerte,
- La tristeza da paso a la seguridad, a la tranquilidad y a la satisfacción por la liberación que supone cuidar a un enfermo hasta el último minuto según su voluntad para morir en paz y con dignidad.

CASOS CLÍNICOS

A continuación vamos a exponer dos casos clínicos de pacientes de hematología, en los que pudimos ver esa actuación tardía del soporte avanzado de los CP y que hemos elegido por varios motivos, entre ellos los ingresos de larga duración y la vinculación emocional que supuso con los propios pacientes y la familia.

PRIMER CASO CLÍNICO:

- Mujer de 62 años.
- Diagnóstico SMD que evoluciona a L.A.
- 1º Tto QT con complicaciones: bacteriemia (BRC), mucositis...
- 2º Tto QT: neutropenia febril persistente.
- 3º Tto QT ante sospecha de fiebre tumoral.
- Deterioro clínico - fallo hepático, caquexia, insuficiencia respiratoria.
- Valoración por UCP.
- Intento de alta con hospitalización domiciliaria, no siendo posible, sedación y fallecimiento 48h tras la valoración por UCP.
- El personal de enfermería observó y detectó la complejidad del caso, la angustia del paciente y familia.
- Se produce fatiga por compasión debido a la incapacidad para evitar el sufrimiento.

Características del caso:

- Gran arraigo de espiritualidad religiosa
- Necesidad de servicios religiosos para aliviar sus necesidades
- Gran apoyo familiar en su deseo de morir en casa

Consecuencias:

- Frustración y decepción por parte de la familia por no llevar a cabo sus deseos
- Sensación de malestar y fracaso
- Una vez más, tardanza en la intervención de los CP

SEGUNDO CASO CLÍNICO:

- Mujer de 52 años.
- Diagnóstico aplasia medular.
- Tto inmunosupresor y corticoideo.
- Desde su ingreso múltiples complicaciones: bacteriemias, neumonía, insuficiencia respiratoria y toxicidad renal y hepática.
- Valorada y tratada por Nefrología, EEII, Endocrino, Nutrición además de Hematología.
- Deterioro clínico progresivo.
- Valoración por UCP - sedación – fallecimiento 48h después.

Características del caso:

- Importante apoyo familiar.
- Paciente luchadora hasta el final.
- Múltiples situaciones de estrés por complicaciones y no efectividad de tratamiento.

Consecuencias:

- Se detecta intervención tardía de UCP.
- Muerte vista como fracaso.
- Necesaria intervención de todo el equipo multidisciplinar para evitar el sufrimiento del paciente y la familia.

GRACIAS.

