

**UNIDAD VII**

**[](http://www.google.com.mx/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&docid=Qn4lFvI2t1YjCM&tbnid=QANOwVmnWC4OSM:&ved=0CAUQjRw&url=http://jordiarce2011.blogspot.com/2011/09/agonia.html&ei=Vvs4U6f0HYrMsATx-4D4Dw&bvm=bv.63808443,d.b2I&psig=AFQjCNF8VnPQEqRPBSLu5cpULbVxvj4VyQ&ust=1396328856393207)ASISTENCIA DE ENFERMERIA AL PACIENTE EN AGONIA**

**Y AL CADAVER**

**GENERALIDADES**

Actualmente el proceso de morir presenta características nuevas, originadas por los adelantos, científicos tecnológicos y los campos sociales. El ser humano muere, en su mayoría, en instituciones de salud sin el apoyo de sus seres queridos y de servicios religiosos; su conciencia, lucidez mental y libertad se ven disminuidas por la indiscriminada terapéutica analgesia o sedante, impidiendo tomar decisiones sobre su estado patológico. Medidas terapéuticas, disposición de bienes, problemas de conciencia y condiciones de morir; su vida la prolonga el personal médico al aplicarle todo tipo de avances tecno lógicos.

Todo lo enunciado exige atención de enfermería tanto al paciente como a sus familiares , basada en el respeto a la vida como un valor primario desde la concepción hasta la muerte , y considera como fundamento de todos los bienes y valores que presuponen la existencia física del hombre; en la libertad y responsabilidad para presentar un servicio profesional cuyo fin sea la promoción de la vida y la salud del paciente; en el principio terapéutico previo consentimiento bajo información y en el principio de socializad/subsidiariedad que consiste en ayudar a quien este mas enfermo pero a su vez , quien recibe un servicio tiene la obligación de responsabilidad del bien recibido , cuidado del mismo.

**MANIFESTACIONES CLINICAS DE AGONIA.**

**Funcionamiento cardiovascular**

* Son algunas manifestaciones clínicas cardiovasculares las relacionadas con problemas de volumen y presión sanguínea (hemorragia), presión arterial (hipo e hipertensión arterial), frecuencia y ritmo cardiaco (arritmias), color y temperatura de la piel (palidez, cianosis), dolor precordial, temperatura corporal (hipo e hipertermia), hiperemia, trombosis, embolia.
* Las insuficiencias arteriales periféricas, demandas circulatorias sistemáticas, requerimientos adicionales de flujo sanguíneo, vasoconstricción son problemas que afectan la circulación periférica.
* La cianosis peribucal y de extremidad, la hipotermia, edema, dolor y hormigueo, son manifestaciones clínicas de insuficiencia circulatoria.
* Algunos procedimientos que pueden aplicarse a pacientes con alteraciones cardiovasculares con: valoración de factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares; la medición del pulso, frecuencia cardiaca y presión venosa central; medición del gasto cardiaco; estudios de laboratorio , radiológicos y hemodinámicos; pruebas de ejercicio electrocardiograma; maniobras vágales; reanimación cardiopulmonar; desfibrilación cardiaca ; cardioversión ; medidas para aumentar el riesgo sanguíneo a los tejido y la participación en la farmacoterapia cardiovascular.

**Funcionamiento Respiratorio**

* Una oxigenación comprometida, aunada a una depuración e intercambio gaseosa deficiente, así como una modificación del gasto cardiaco, alteraciones de volumen hídrico, termorregulación alterada, movilidad reducida y mal estado nutricional.
* La obstrucción de vías aéreas ocasiona anoxia, daño cerebral y muere en 5 minutos aproximadamente.
* Algunos procedimientos que pueden aplicarse a pacientes con problemas respiratorios son: vigilancia respiratoria (saturación de oxígeno en la mezcla venosa, oximetría de pulso y espirometría a pie de cama), manejo de vías aéreas (manejo de vías aéreas obstruidas, aspiración de secreción, intubación endotraqueal, traqueotomía), administración de oxígeno, ventilación respiratoria, aplicación de unificadores, fisioterapia respiratoria y drenaje torácico.

**Alteraciones de signos vitales neurales**

* Los signos vitales neurológicos y la medición de signos vitales permiten la pronta valoración del estado neurológico del paciente en cuanto a nivel de conciencia (funcionamiento del tallo cerebral y signos de deterioro del sistema nerviosa central)
* La vigilancia neurológica y la medición sistemática de los signos vitales, permite la valoración oportuna de cambios neurales (confusión hasta psicosis).
* Las lesiones cerebrales o medulares pueden deprimir el centro de control respiratorio.
* La visión, audición, sensaciones táctiles y térmicas, el olfato y el gusto, “informan” al organismo acerca del medio externo.

**Funcionamiento Renal**

* El medio necesario para que ocurran al reacciones corporales es proporcionado por el agua que se distribuye en comportamiento intracelulares, intersticial y plasma sanguíneo, además de que en ella se encuentra disueltos los electrolitos, proteínas y nutrientes.
* El desequilibrio hidroeléctrico guarda relación con cambios en el volumen intersticial, en la composición de electrolitos y en el estado acido básico generalmente asociados con varias patologías.
* La capacidad renal para depurar productos de desecho sanguíneo y para conservar el equilibrio hidroelectrolítico depende de las funciones del flujo renal, filtración glomerular, resorción y secreción tubular.
* La emisión involuntaria de orina es causada por perdida de la facultad de regulación voluntaria de los esfínteres vesical y uretral.

**MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES**

* Las células del organismo requieren nutrientes para vivir y funcionar adecuadamente.
* La inmovilidad, las restricciones para realizar ejercicios, actividades o posiciones incomodas, tienden a disminuir la posibilidad de lograr una buena alimentación; con la depresión se origina disfagia, anorexia o ambas.
* La atención del paciente con disfagia exige una dieta fraccionada y de consistencia blanda, o bien una alimentación parenteral.
* La evacuación intestinal está determinada por la fluidez del quimo (mezcla de alimentos con jugos gástricos) y la actividad peristáltica.

**VALORACION DELAS NECESIDADES AL PACIENTE MORIBUNDO.**

**Necesidades físicas:**

* Ofrecer un ambiente terapéutico, sin olvidar que en este debe existir una buena iluminación y la presencia de los familiares.
* Valoración clínica continúa a fin de detectar oportunamente cualquier manifestación que se presente.
* Cambio constante de ropa tanto del paciente como de su cama.
* Aseo corporal y lubricación mucosa oral y piel.
* Vigilar funcionamiento corporal (cardiovascular, respiratorio, neurológico, renal, gastrointestinal.)
* Ofrecer una terapia analgésica necesaria.

**Necesidades emocionales:**

* Permitir al paciente la expresión de sus sentimientos, intereses, emociones temores y decisiones.
* Explicar al paciente y familiares sobre su diagnóstico, tratamiento, medidas generales y específicas, así como su pronóstico con honradez, sensibilidad y seguridad.
* Confortar en momentos difíciles y trascendentes.
* Mantener comunicación constante.
* Atender al paciente y familiares en cada una de las etapas que preceden a la muerte.
* Sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales.

**Necesidades espirituales:**

* Tener conocimiento sobre creencias y prácticas religiosas.
* Detectar manifestaciones que impliquen la necesidad de una ayuda espiritual.
* Solicitar la presencia del representante religioso a la petición del paciente o familiares.
* Participar si es necesario, en la práctica de ritos religiosas.

**ATENCION A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE**

**Avisar con tacto y respeto a los familiares sobre la muerte del paciente**.

* El duelo es una reacción del sujeto ante la pérdida de algo significativo (libertad, ideal, amor, prójimo, familiar). Este es un proceso lento y doloroso con desviación de la conducta por falta de interés hacia el mundo externo o incapacidad de elegir un nuevo objeto amoroso.
* El proceso de aflicción implica una serie de reacciones y difiere de una persona a otra. Al conocer el deceso puede presentarse conmoción, incredulidad, negación, aturdimiento y sentimientos de culpabilidad o ira; si este sentimiento se agudiza, las manifestaciones más frecuentes son fatiga extrema, cambios en el estado de ánimo, insomnio, dificúltala para pensar o juzgar, alteración en el apetito, llanto, disminución de la capacidad laboral, resentimientos irracionales y otros; y en la fase de estabilización aparece tristeza nostalgia o recuerdos gratos del fallecido.
* La compresión respecto a la negación de las emociones permite aceptar y madurar en forma íntegra al proceso del duelo o conjunto de sentimientos reacciones y cambios que ocurren a la perdida de algo o alguien querido.
* La información a los familiares sobre el deceso en forma respetuosa, comprensible y precisa en cuanto a trámites administrativos de donación de órganos si el caso lo requiere y otros estabilizan en la expresión natural de sentimientos o emociones y evita su represión.
* Las etapas de duelo son de negación (incredulidad el hecho, confusión y vertido); de concientización de la perdida, que se acompañan la mayoría de las veces de llanto e ira en contra del individuo o circunstancias de la muerte; de restitución a través de las practicas rituales para afrontar la perdida de resolución mediante mente el reconocimiento de los atributos de la persona muerta y reminiscencia entorno a esta; de idealización, reprimiendo sentimientos hostiles y negativos hacia la persona muerta:
* Las etapas de duelo varían en cada persona, dado que dependen del carácter, tipo de relaciones personales, cercanía con la familia , experiencias infantiles, sucesos diversos, tipo de muerte(súbita, lenta natural, por accidente, por enfermedad).

**AGONÍA, MUERTE Y DUELO**

En una sociedad como la actual, donde la felicidad significa diversión, consumo, negación del sufrimiento y eterna juventud, le es difícil enfrentarse y entender el dolor, la incapacidad o la muerte.

En nuestra cultura no se considera la muerte como parte de la misma vida, no existe una psicopatología de la muerte sino una psicopatología de la vida, nos es difícil aceptar la muerte como algo inevitable.

El desarrollo social y tecnológico han incrementado la esperanza de vida, pero también y de forma paralela han prolongado las fases terminales, en ocasiones haciéndolas interminables. El ser humano, como ser vivo más evolucionado, ha conseguido comprender leyes de la materia y de la vida, pero no ha logrado lo mismo con la muerte. Queda en el consuelo de pensar que algún día la muerte será evitable.

**Huida y negación de la muerte**

La medicina actual basa su importancia en el diagnóstico y para ello existe toda una serie de herramientas tecnológicamente avanzadas e intimidantes. Llegado el diagnóstico, se pasa al tratamiento médico o quirúrgico.

Cuando este tratamiento no existe o no es posible realizarlo la tarea médica se da por finalizada. El médico no acompaña a la persona enferma hasta el final, no lo considera como un papel propio, huye de ese final que es interpretado como un fracaso.

**Agonía y muerte**

Ante la muerte se provoca una respuesta de inadaptación emocional tanto por parte del paciente como de la familia que en ocasiones puede llegar a ser patológica (no se sabe que decir, no se sabe qué hacer, no se sabe a quién culpabilizar).

De forma similar pasa con las circunstancias que implican una perdida sentimental (divorcio, emigración, perdida de trabajo) o física (amputación, mastectomía).

La presencia del médico puede canalizar la sensación de aislamiento, de soledad y de sufrimiento hacia la tolerancia y la aceptación.

**Concepto de agonía:** (del griego “el sufrimiento extremo”) es el estado experimentado por un ser vivo antes de la muerte. Este término simboliza el sufrimiento insoportable y es usado para describir un dolor extremo ya sea interno o externo.

La agonía se caracteriza habitualmente por un largo deterioro general, marcado por episodios de complicaciones y efectos secundarios como sucede en algunos casos de cáncer. En general, durante el mes anterior a la muerte disminuyen de forma sustancial la energía, la actividad y el bienestar. Se observa un visible debilitamiento del paciente y para todos resulta evidente que la muerte se aproxima.

**Fase agónica:** Es aquella en la que el proceso de morir se ha establecido claramente y la muerte se espera en un tiempo muy corto. Representa el momento más crítico de los cuidados por las cargas emocionales que conlleva.

**Reacciones ante la muerte**

**Fase I: Shock, negación y aislamiento**

Constituye la reacción inicial, la persona enferma niega la evidencia de la enfermedad, mantiene la esperanza del error diagnóstico. Los pacientes que no superan esta fase realizan un peregrinaje por distintos médicos, sanadores, etc.

**Fase II: Ira e irritación**

En esta fase se focaliza la angustia responsabilizando a alguno de la propia enfermedad, se busca una relación causa-efecto. "El médico tiene la culpa", "mi familia tiene la culpa", En ocasiones la responsabilizarían es hacia uno mismo. Esta fase tiene una pregunta característica, "¿por qué me ha pasado esto a mí?".

**Fase III: Pacto**

La persona enferma intenta negociar la curación. Es una fase corta y con connotaciones infantiles, donde se proponen negociaciones con el médico o con Dios a cambio de la curación.

**Fase IV: Depresión**

La persona enferma entra en un estado depresivo ante las repercusiones que la enfermedad tiene en su propia vida, en la de la familia, en su actividad laboral, en su vida social. Toma consciencia de la perdida de la vida. La persona se retrae, enlentece o anula su vida social, se aísla, se inicia un progresivo abandonamiento y pueden aparecer ideas suicidas.

**Fase V: Aceptación**

En esta fase la persona enferma reconoce finalmente el problema, acepta la muerte como algo inevitable.

**Actitud ante el paciente terminal**

* La actitud del médico ante el paciente agónico o terminal debe ser la de aceptar, adaptarse e interpretar al enfermo.
* El médico debe mantener una actitud sincera, ayudando a exteriorizar las angustias de la persona enferma, valorando en cada momento la ansiedad del paciente, procurando no interferir en las respuestas y sin apagar la esperanza.
* Es importante mantener la dignidad y la calidad de vida de la persona enferma evitando el dolor físico y asesorando y dando soporte al entorno familiar.

**Duelo**

El duelo se puede calificar como un trastorno adaptativo. El duelo comporta un estado de sufrimiento por la muerte de alguien que es querido. Incluye también todas aquellas reacciones emotivas o de comportamiento que se manifiestan ante la pérdida de un ser querido.

Es un proceso que a pesar de ser doloroso, tras su expresión y aceptación es curativo. La duración del duelo es variable pero, en líneas generales, se acepta que puede durar aproximadamente dos años. Cuando este proceso de adaptación se alarga en el tiempo (duelo patológico) puede comportar consecuencias y dejar secuelas.

**En el duelo se distinguen tres fases:**

**Fase I o inmediata**

Es una fase de no aceptación, una mezcla de negación, rechazo y autoreproche que puede durar entre días o semanas. En esta fase son características las ideas negativas ("la vida no merece ser vivida"), la sensación de vacío intenso, la sublimación de los valores del difunto y de los momentos vitales vividos en común, el bloqueo psicológico y el deseo solidario de la muerte.

**Fase II o intermedia**

En esta fase domina la depresión y el dolor ("sí, es cierto, pero no lo puedo soportar"). Se inicia la aceptación pero se reviven los recuerdos. Esta fase puede durar meses o años y es característico el autoreproche, la visualización del fallecido en lugares de casa o la visualización de sus pertenencias, la realización reiterada de tareas o gestos que se sabe eran del agrado del fallecido y en las personas creyentes se observa un aumento de la actividad religiosa.

**Fase III estable o tardía**

Es la fase de sedimentación y adaptación a la nueva circunstancia, se asume la pérdida entre el miedo al futuro y la imposición de lo cotidiano. Se acepta la perdida como algo irremediable y se tiende a reorganizar la propia vida.

**PREPARACION DEL CADAVER**

1. **Aislar al cadáver, retirar ropa de cama y del paciente, así como apósitos, sondas y otro.**

La intimidad es una estructura existencial de la persona. Tiene dos niveles: el interpersonal, que comprenden de un número reducido de personas en una atmosfera especial; y el personal o derechos del individuo de guardar se misterio y su secreto.

* Todo material que ha estado en contacto con el paciente debe considerarse como potencialmente infeccioso.
* La sistematización en las intervenciones de enfermería permiten la realización de un trabajo limpio y ordenado.

1. **Alinear el cuerpo, cerrar los parpados, colocar prótesis dental y elevar ligeramente la cabecera de la cama.**

* La rigidez cadavérica se lleva a cabo por la coagulación del plasma del músculo y del glicógeno, así como la formación del ácido zarco láctico en un tiempo de 3 a 12 horas después de su muerte cerebral, y desaparece con la putrescencia.
* Una posición de decúbito dorsal y ligeramente elevación de la cabecera, evita deformidad en la alineación corporal e hipóstasis cadavérica.

1. **Presionar ligeramente el abdomen, taponear cavidades y sellar incisiones.**

* La obstrucción de cavidades corporales y heridas con material de algodón, tiende a absorber líquidos y secreciones y evita su salida.
* La compresión ejercida sobre el abdomen tiende a eliminar líquidos y gases contenidos en estómago, intestinos y Vejiga.
* La fermentación es un proceso químico que descompone un compuesto orgánico por influencia de enzimas.

1. **Asear parcial o total mente el cadáver.**

* Una buena apariencia exterior del cadáver conlleva a una satisfacción emocional de los familiares respecto a la imagen de su ser querido.
* El aseo esmerado del cadáver permite presentar a los familiares una apariencia apacible y pulcra de su ser querido.

1. **Colocar etiquetas de identificación en tórax y extremidades inferiores**.

* La identificación correcta en cuanto a nombre del cadáver, número de cama, servicio, fecha y hora del deceso y nombre del médico tratante, evita errores en la entrega de este.

1. **Realizar el amortajamiento.**

* Centrar cobre la cama la sabana doblada en acordeón.
* Centrar en este el cadáver
* Tomando el extremo distal de la sabana en volver el cuerpo (tórax, abdomen y extremidades inferiores.)
* Envolver los pies con el extremo inferior y fijar con tela adhesiva.
* Pasar el extremo proximal en igual forma que el distal y fijar con tela adhesiva.
* Cubrir cabeza y cuello con el extremo superior de la sabana.
* Colocar sobre la mortaja a nivel de tórax miembros inferiores las etiquetas de identificación.
* Cubrir el cadáver con una sábana y trasladarlo al servicio de patología o al servicio religioso.

[](http://images.google.com.mx/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com/_bhfZprWchkk/SJdVb_UL94I/AAAAAAAAACI/2J09q6k4M-U/S660/arte+cadaver+6+copia.jpg&imgrefurl=http://artipraxia.blogspot.com/2005_12_01_archive.html&usg=__9_vpLhUIBp9dEO9_E7SME9d323c=&h=578&w=660&sz=56&hl=es&start=71&um=1&tbnid=IfTRuIg8IfNYgM:&tbnh=121&tbnw=138&prev=/images?q=preparacion+de+cadaver&ndsp=20&hl=es&sa=N&start=60&um=1)