



Publicación	7 de marzo de 2014
Última aprobación	20 de diciembre de 2024
Fecha de entrada en vigor	20 de diciembre de 2024
Última revisión	20 de diciembre de 2024
Próxima revisión	20 de diciembre de 2026

Propietario	David Dawson: Coordinador de Prácticas Clínicas y Desarrollo Profesional
Área	Servicios de atención al paciente
Referencias	DoH, Department of Health (Departamento de Salud)

Cuidados paliativos

I. OBJETIVO

Garantizar que los pacientes terminales reciban una atención compasiva, respetuosa e individualizada que se alinee con sus valores, deseos y necesidades.

II. DECLARACIÓN DE POLÍTICA

En Lake Chelan Health, en todo momento es prioridad maximizar la comodidad de nuestros pacientes en el transcurso de su atención. Cuando un paciente se acerca rápidamente al final de su vida y se anticipa su muerte en las próximas horas o días, se prioriza el enfoque general en su comodidad y manejo de los síntomas. Los cuidados terminales se centrarán en el manejo de los síntomas, el apoyo emocional y espiritual para consolar al paciente y a la familia. La presencia terapéutica es esencial para brindar cuidados terminales, adecuados y de apoyo. Esto incluye una mayor tolerancia a los efectos secundarios de los medicamentos, como la sedación o la depresión respiratoria, y el abandono de los objetivos de recuperación. Las declaraciones de valor del paciente (o de sus representantes) tendrán la influencia más significativa sobre la cual se añadan, continúen, interrumpen o eviten las intervenciones.

III. ALCANCE

Esta política aplica para todos los profesionales sanitarios, el personal de apoyo y los voluntarios que cuidan a los pacientes en las horas/días en que se acerca el final de la vida previsto dentro del hospital.

IV. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

1. Función del proveedor:

1. El proveedor hablará con el paciente/representante encargado de tomar decisiones/familiar de que se acerca una muerte inminente. Explore con ellos sus definiciones de calidad en sus últimas/os horas/días. No presuma cuál será su preferencia. Muchos priorizarán evitar los efectos secundarios de los medicamentos para preservar la capacidad de comunicarse con sus seres queridos a expensas de experimentar síntomas físicos. Otros solicitarán que todos los síntomas se controlen al máximo a pesar de los efectos secundarios, como la sedación o la depresión respiratoria.
 1. Prioridad en la toma de decisiones:
 1. El paciente
 2. El representante encargado de tomar las decisiones/poder notarial permanente para asuntos médicos (DPOAHC, por sus siglas en inglés)
 3. El pariente más próximo (si no se ha identificado a un representante encargado de tomar las decisiones/DPOAHC)
 1. El paciente puede declarar a su representante encargado de tomar las decisiones incluso si el DPOAHC no ha sido documentado formalmente.
 2. Hay casos en los que las solicitudes de la familia o de su representante encargado de tomar las decisiones son médicamente inútiles y no son lo mejor para el paciente. En esta situación, es apropiado que el proveedor declare la obstinación terapéutica e implemente tratamientos que mantengan la dignidad del paciente y cumplan con lo que se sabe sobre cómo el paciente hablaría por sí mismo si pudiera con respecto al manejo de los síntomas.
 3. Se espera que todos los proveedores de Lake Chelan Health respondan a las preguntas de cualquier paciente sobre los medicamentos para poner fin a la vida con apertura y compasión. Lake Chelan Health cree que nuestros proveedores tienen la obligación de hablar abiertamente sobre las preocupaciones, las necesidades insatisfechas, los sentimientos y los deseos del paciente sobre el proceso de fallecimiento. Los proveedores deben tratar de aprender el significado detrás de las preguntas del paciente y ayudarlo a comprender la gama de opciones disponibles, que incluyen, entre otras, cuidados paliativos para comodidad, cuidados paliativos en hospital para enfermos terminales y control del dolor. Fundamentalmente, el objetivo de Lake Chelan Health & Clinics es ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre los cuidados terminales.
2. El proveedor tomará decisiones con respecto a los medicamentos, líquidos artificiales, nutrición y otros tratamientos individualmente.
 1. Algunos de los medicamentos del paciente pueden continuarse debido a la probabilidad de aumentar la carga de sufrimiento del paciente si se eliminan (p. ej., medicamentos de control de frecuencia para la fibrilación auricular)

2. Es posible que sea necesario suspender muchos de los medicamentos del paciente ya que están destinados a la prevención (p. ej., medicamentos hipolipemiantes) o podrían causar riesgo con la disminución anticipada de la ingesta de alimentos y líquidos en las/os próximas/os horas/días (p. ej., medicamentos para la diabetes).
3. También será necesario ajustar las directrices para la intervención. Por ejemplo, la insulina de escala móvil debe ajustarse cuando un paciente tiene una elevación excesiva del azúcar en la sangre, cuando/si será necesario administrar naloxona, etc.
4. En la mayoría de los casos, las radiografías programadas para el futuro y las pruebas de laboratorio recurrentes deben suspenderse.
5. No hay evidencia sustancial de que la hidratación o nutrición artificial durante el final de la vida sea útil. En muchos casos, incluso puede ser perjudicial, ya que puede causar molestias y complicaciones sin mejorar la calidad de vida. Las decisiones con respecto a la nutrición e hidratación artificial al final de la vida deben tomarse caso por caso.
6. El proveedor puede suspender o minimizar la frecuencia de los signos vitales. Las decisiones con respecto a los signos vitales al final de la vida deben tomarse caso por caso.
 1. **Esto no aplica para las mediciones de la escala de dolor.**
7. Es imperativo documentar las conversaciones de toma de decisiones médicas con la familia con suficiente detalle para garantizar que los miembros del equipo de atención médica entiendan cómo proceder en su función.

2. Función de la enfermera:

1. Brindar atención centrada en el paciente:
 1. Respetar los deseos y valores del paciente en todos los aspectos de la atención.
2. Comunicación:
 1. Garantizar una comunicación clara, compasiva y honesta con los pacientes y sus familias.
3. Enfoque interdisciplinario:
 1. Involucrar a un equipo de profesionales sanitarios para abordar las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente.
4. Comodidad y dignidad:
 1. Priorizar la comodidad y dignidad del paciente en todo momento.
 2. La enfermera apoyará el enfoque del manejo de los síntomas de manera consistente y respetuosa con las solicitudes del paciente/representante encargado de tomar decisiones.
 3. Los deseos del paciente deben guiar la atención personal.
 4. Recomendar la interrupción de cualquier intervención que parezca haber perdido valor o que contribuya a la incomodidad o sufrimiento del paciente.

5. Evaluaciones:
 1. Continuar con las evaluaciones ordenadas para ayudar a identificar cualquier problema en desarrollo que deba abordarse para evitar una carga adicional de síntomas.
 2. Las evaluaciones posteriores a la intervención son esenciales para garantizar que los síntomas se manejen de manera eficiente durante los cuidados terminales.
 3. Comunicarle al proveedor una escalada rápida de los síntomas. Pueden ser necesarias dosis de medicamentos, intervalos u otras órdenes si el manejo de los síntomas del paciente es incompleto.
 4. Los planes de atención deben ajustarse para reflejar los nuevos objetivos de atención.
6. Deben continuar las medidas de seguridad estándar, como la administración de medicamentos con código de barras y la protección de la piel.
7. La frecuencia de los signos vitales puede y debe minimizarse o incluso suspenderse. El proveedor colocará una orden para suspender los signos vitales o especificar la frecuencia reducida que sea apropiada para las necesidades del paciente.
 1. **Esto no aplica para las mediciones de la escala de dolor.**

V. DEFINICIONES

1. Final de la vida:
 1. El período de tiempo de los pacientes con pocas probabilidades de recuperación, el tratamiento intensivo adicional se considera inútil, y la comodidad es el objetivo principal de la atención médica.
2. DNR (No reanimar):
 1. No reanimar.
3. Cuidados paliativos:
 1. Manejo de los síntomas para una enfermedad terminal/incurable:
 1. El tratamiento para el control de la enfermedad puede ser intensivo, pero sin el objetivo de que haya recuperación. La esperanza de vida se mide en años.
4. Cuidados paliativos en hospital para enfermos terminales:
 1. Este término debe limitarse a la atención que se brinda como parte de un programa formal de cuidados paliativos. Como Critical Access Hospital (hospital rural), no somos elegibles para participar en la prestación de este beneficio de Medicare al mismo tiempo que proporcionemos servicios camas adaptables (ambos son servicios de la parte B de Medicare y solo se puede utilizar uno a la vez). Nuestro uso del término solo debe usarse como una transición de atención recomendada al momento del alta y no debe usarse para describir la atención que brindamos.
5. Cuidados paliativos para comodidad:
 1. Este término debe EVITARSE en LCH. Independientemente del estado del paciente, siempre consideramos su comodidad.

6. Cuidados terminales:

1. IDIOMA PREFERIDO - Esta frase se usará para indicar que estamos manejando el proceso activo de fallecimiento con un enfoque en el manejo de los síntomas. Aunque sea prioridad maximizar la comodidad de nuestro paciente en todo momento en el transcurso de su atención, cuando un paciente se acerca rápidamente al final de su vida y se anticipa su muerte en las próximas horas o días, se prioriza el enfoque general en su comodidad y manejo de los síntomas. Los cuidados terminales se centrarán en el manejo de los síntomas, el apoyo emocional y espiritual para consolar al paciente y a la familia. La presencia terapéutica es esencial para brindar cuidados terminales, adecuados y de apoyo. Esto incluye una mayor tolerancia a los efectos secundarios de los medicamentos, como la sedación o la depresión respiratoria, y el abandono de los objetivos de recuperación. Las declaraciones de valor del paciente (o de sus representantes) tendrán la influencia más significativa sobre la cual se añadan, continúen, interrumpan o eviten las intervenciones.

7. Muerte digna:

1. La muerte digna le permite a los residentes de Washington que son enfermos terminales y adultos competentes con un pronóstico médico de muerte dentro de los próximos seis meses solicitar y autoadministrarse medicamentos letales recetados por un médico.

VI. PROCEDIMIENTO

N/C

VII. REFERENCIAS

[RCW 70.245.010](#)

Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. SAGE Open Medicine. 2021;9. doi:10.1177/20503121211000918 (Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Consideraciones éticas en los cuidados terminales). SAGE Medicina abierta. 2021;9. doi:10.1177/20503121211000918

[WAC 246-320-141](#)

[Advance Directives \(Directivas anticipadas\)](#)

[Physician Orders for Life-Sustaining Treatment \(POLST\) Policy \(Política de órdenes médicas para tratamiento de mantenimiento de la vida\)](#)

[Death with Dignity \(Muerte con dignidad\)](#)

VIII. ANEXOS

N/C

**Esta política puede ser revisada en cualquier momento sin previo aviso. Todas las revisiones sustituyen a la política anterior y entran en vigor inmediatamente después de su aprobación.*

**Cualquier política impresa no es válida después de la fecha de impresión y no debe utilizarse con fines oficiales. Las versiones actuales de todas las políticas se pueden encontrar en PolicyStat.*

Firmas de aprobación

Descripción de los pasos	Autorizador	Fecha
Aprobación de la Junta Directiva	Wendy Kenck: Asistente Ejecutiva	20 de diciembre de 2024
Administración	Aaron Edwards: CEO (Chef Executive Officer [Director General])	13 de diciembre de 2024
Revisión de CMO (Chef Medical Officer [Director Médico])	Matthew Hillman: Director Médico	11 de diciembre de 2024
Revisión Ejecutiva (CNO, Chief Nursing Officer [Jefa de Enfermería])	Rhianna Montgomery: Gerente de Enfermería Médica-quirúrgica/ ED, Emergency Department (Departamento de Emergencias)	27 de noviembre de 2024
Comité de Gestión de Políticas	Gestión de Políticas de Comité: Comité de Gestión de Políticas	27 de noviembre de 2024
	David Dawson: Coordinador de Prácticas Clínicas y Desarrollo Profesional	13 de noviembre de 2024