

**ALCP**

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA  
DE CUIDADOS PALIATIVOS

# Los 10 principios de cuidado de las últimas horas de vida: desafíos y oportunidades

**Vilma Tripodoro MD PhD Medicina paliativa**  
**Vilma.tripodoro@gmail.com**  
**2020**



**INSTITUTO  
PALLIUM**  
LATINOAMÉRICA  
MEDICINA PALIATIVA

International  
Collaborative  
for Best Care  
for the Dying Person



**UBA**  
Universidad de Buenos Aires

# Pensemos en el último paciente que hayamos atendido en sus últimas horas/días

Pre era COVID 19



Era COVID 19





# ¿Cuándo empiezan los últimos días u horas de vida?



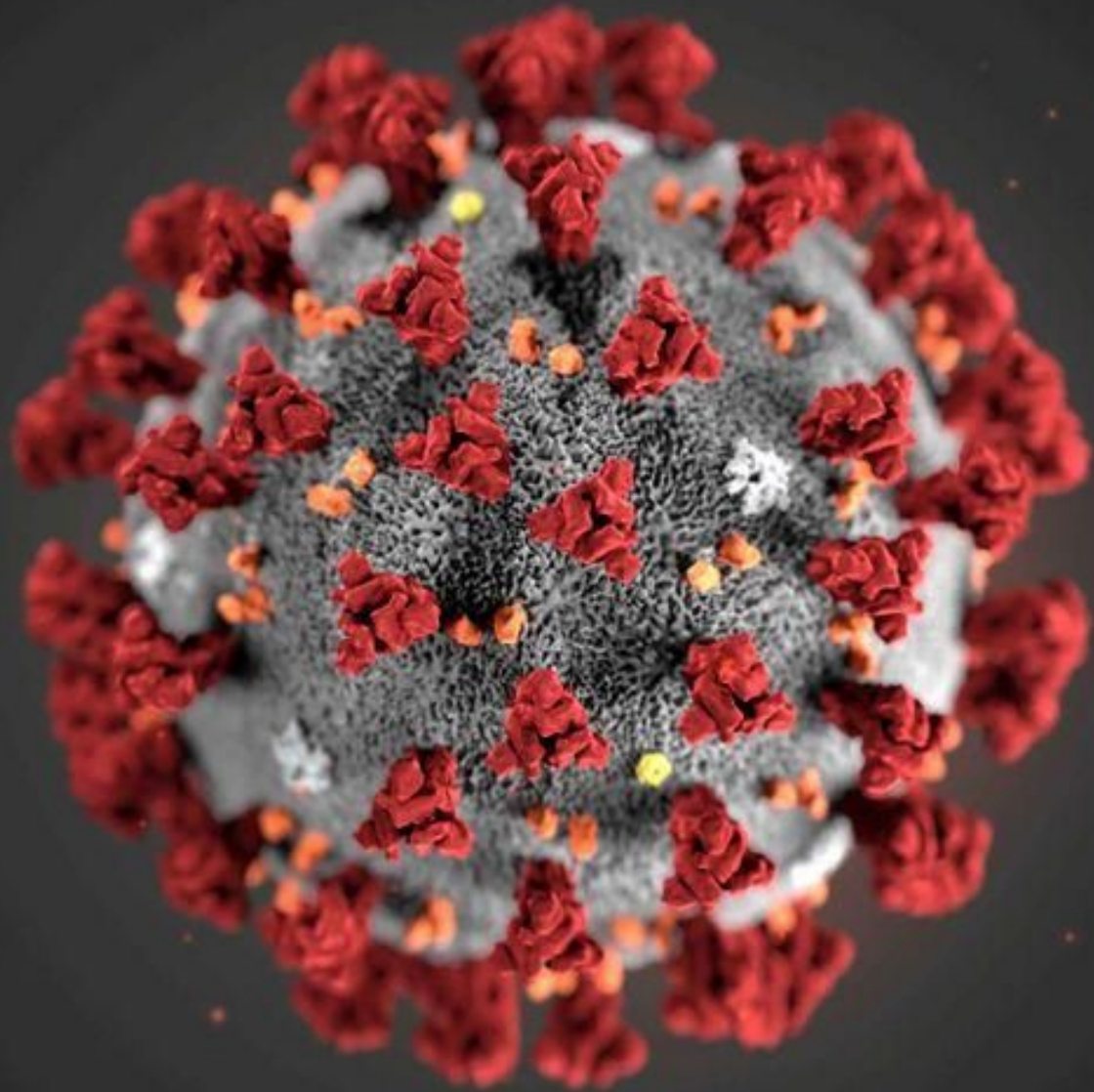
**Uno de los problemas más frecuentes es cómo reconocer que una persona está muriendo** (Ellershaw JE, Wilkinson S, 2003)



# Barreras para el diagnóstico

- deseo de que el paciente se mejore
- perseverancia de intervenciones fútiles
- poca habilidad para la comunicación







# Consecuencias

- **El paciente y la familia ignoran que la muerte es inminente**
- **El paciente con síntomas no controlados muere con sufrimiento**
- **Se favorecen duelos complicados**



# Cómo superar esas barreras

- Entrenarse y trabajar en equipo
- Hacer prescripciones anticipadas
- Discontinuar drogas inapropiadas
- Convertir la VO, o EV a vía SC
- Reconocer signos y síntomas
- Encuadrar éticamente la reanimación, adecuación terapéutica y futilidad.
- Valorar aspectos culturales , religiosos y médico legales



# Diagnóstico de paciente en SUD





**¿Conocen algún  
instrumento/escala/score que  
pueda indicar que han  
comenzado los últimos días u  
horas de vida?**





# Conclusiones

## ***Lo aceptable HOY es guiarse por el CONSENSO DE EXPERTOS***

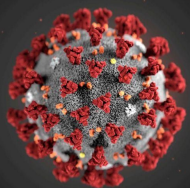
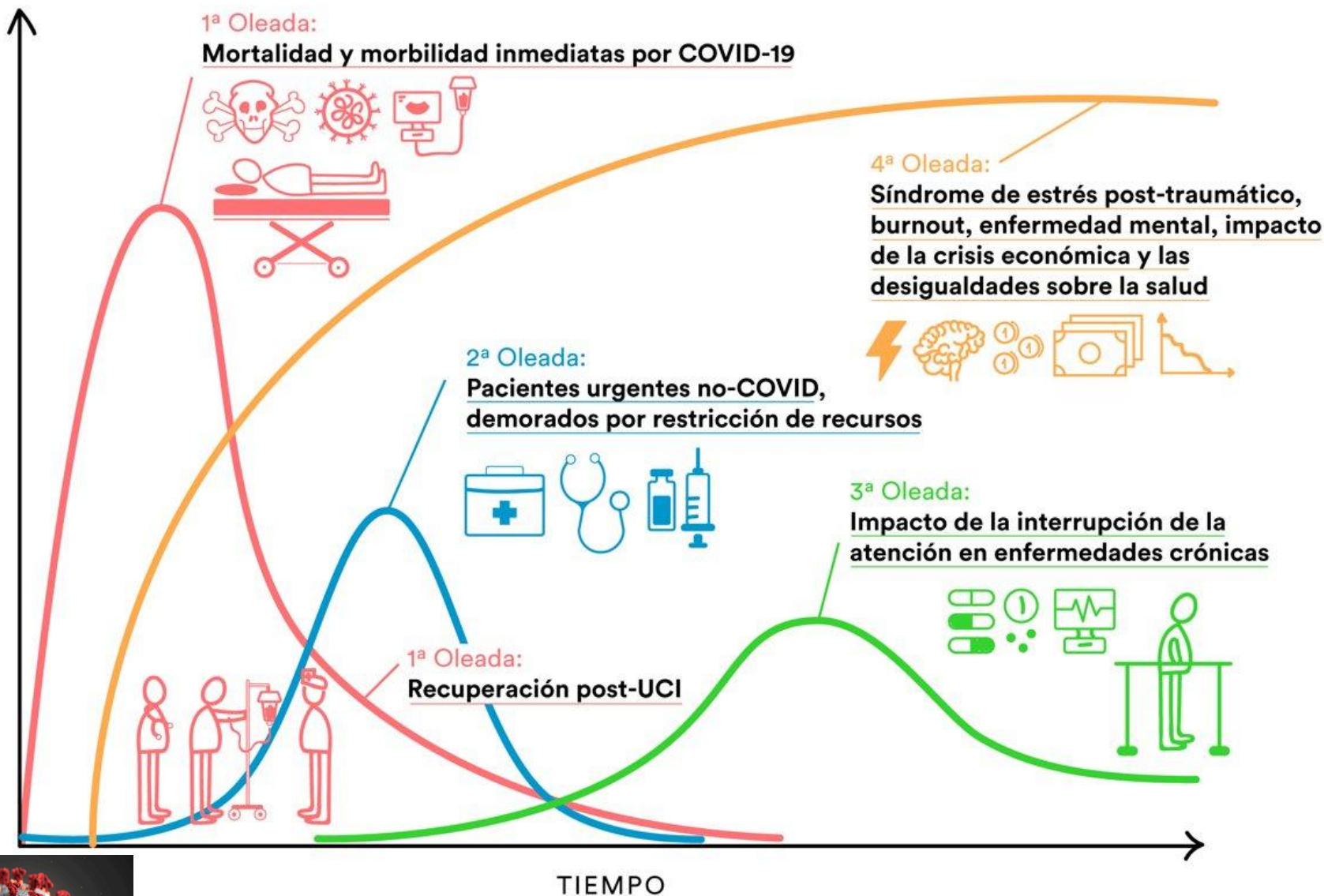
- **Cambios en el patrón respiratorio**
- **Deterioro del estado general**
- **Deterioro del estado de conciencia**
- **Disminución de la ingesta oral**
- **Juicio clínico del profesional**



**¿Qué significa una  
“buena muerte” en  
tiempos de  
pandemia?**

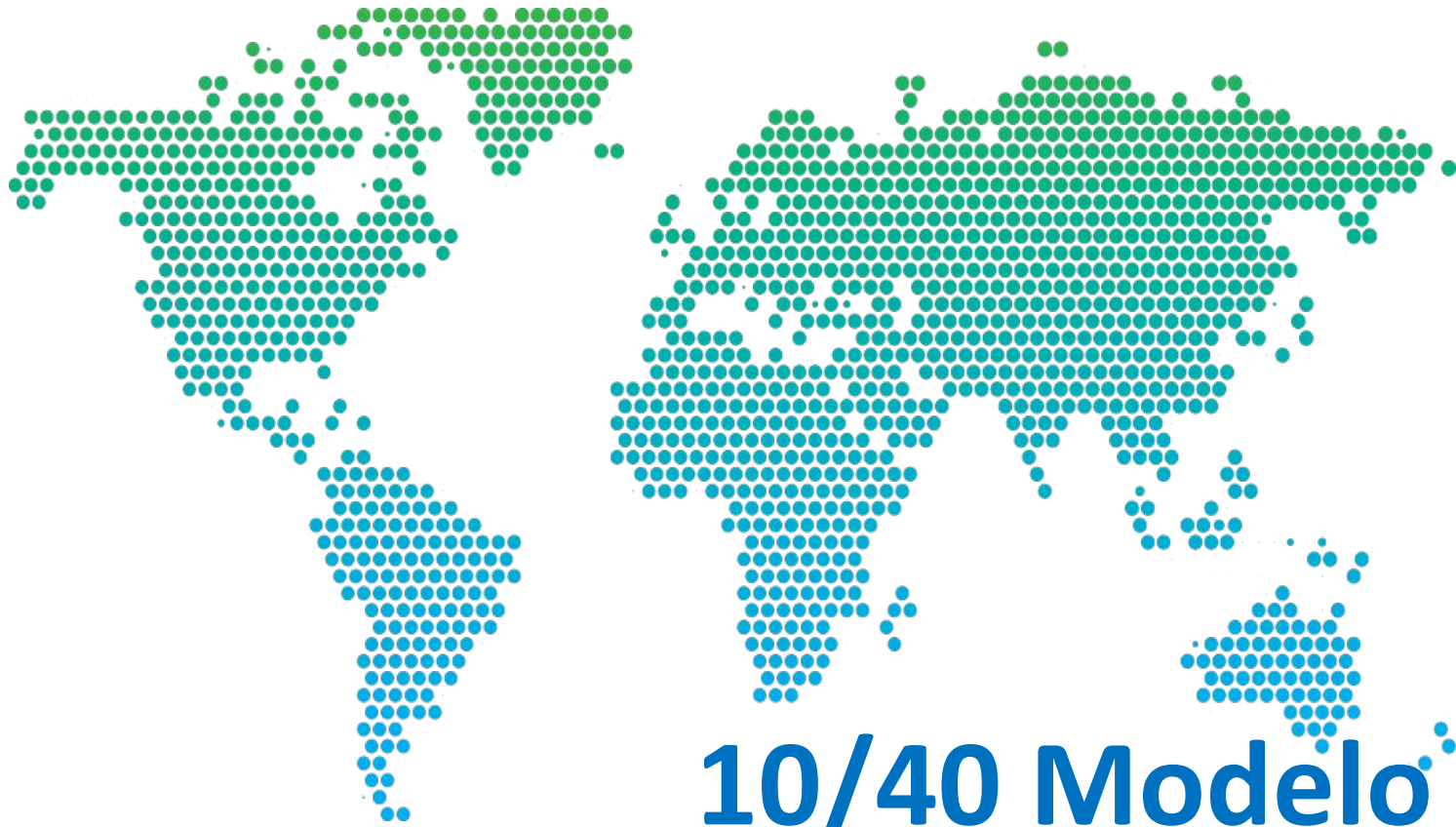


IMPACTO DEL COVID SOBRE LA SALUD



**Volvamos a pensar en el último  
paciente que hayamos  
atendido en sus últimas  
horas/días**





International  
Collaborative  
for Best Care  
for the Dying Person

# 10/40 Modelo de cuidados & implementación



INSTITUTO  
PALLIUM  
LATINOAMÉRICA  
MEDICINA PALIATIVA

# Nuestra visión:

International  
Collaborative  
for Best Care  
for the Dying Person

“un mundo donde todas las personas tengan, como parte integral de su vida, una muerte digna, con el apoyo del mejor cuidado personalizado posible.”



# The International Collaborative Programa Modelo 10/40

Basado en:

- 10 principios fundamentales de cuidados
- 40 objetivos de cuidado (comunicación, espiritualidad, hidratación, nutrición, control de síntomas, cuidados post mortem)

International  
Collaborative  
for Best Care  
for the Dying Person

PAMPA



INSTITUTO  
PALLIUM  
LATINOAMÉRICA  
MEDICINA PALIATIVA





**2020**



Los grandes cambios siempre  
vienen acompañados de  
una fuerte sacudida. No es el fin  
del mundo. Es el inicio de uno nuevo



# 10 principios fundamentales

## PAMPA

International  
Collaborative  
for Best Care  
for the Dying Person

(Mason S. et al, 2012, Costantini.C.et al 2013,  
Ellershaw et al, 2013, Tripodoro VA y cols 2019 )

# 10 Principios

**1. El reconocimiento inicial de que la persona se encuentra en situación de últimos días u horas (SUD) de vida debe hacerse en equipo multidisciplinario y debe ser documentado por el médico de mayor experiencia, responsable por el cuidado de esa persona.**



International  
Collaborative  
for Best Care  
for the Dying Person

# Recomendaciones y resultados

Evaluar las posibilidades de causas reversibles excepto si se consideran desproporcionadas o fútiles (Criterios de inclusión/exclusión de UTI)

Inicio oportuno de un plan de cuidados eficiente sin recargar los recursos destinados a pacientes críticos con opción a UTI (ARM, etc).



# 10 Principios

**2. La comunicación de la SUD debe ser compartida en lo posible y si se considera adecuado, con el paciente y sus allegados.**





# Recomendaciones y resultados

Favorecer una comunicación asertiva y honesta en la medida de lo posible y oportuno.

Disminución de la incertidumbre y los miedos a lo desconocido.

# 10 Principios

**3. El paciente y sus seres queridos (familiares, cuidadores o responsables) deben tener la oportunidad de discutir sus deseos, sentimientos, creencias, fe y valores.**



# Recomendaciones y resultados

Favorecer las comunicaciones a pesar de la imposibilidad del contacto físico.

Tener en cuenta dispositivos audiovisuales a pesar del aislamiento estricto.

Evitar mayor sufrimiento por el distanciamiento físico y el miedo al contagio.

# 10 Principios

**4. Se debe prescribir anticipadamente de medicación para el control de síntomas prevalentes (ej. Dolor, secreciones respiratorias excesivas, agitación/delirio, náuseas/ vómitos, y disnea).**



# Recomendaciones y resultados

Considerar la sedación paliativa ante síntomas refractarios como la disnea terminal o el delirium.

Alivio de los síntomas y del sufrimiento evitable.

Disminución de los recursos de enfermería y guardia médica por la previsión de medicación anticipatoria disponible e indicada.



# 10 Principios

5. Toda intervención clínica debe revisarse individualmente según el mejor interés para ese paciente.



# Recomendaciones y resultados

Reevaluar las medidas intensivas que se hubieran tomado y discontinuarlas oportunamente.

Adecuación de los recursos sanitarios, materiales y humanos  
¿posibilidad de atención en domicilio?

# Atención en el domicilio a pacientes con COVID-19 que presentan síntomas leves, y gestión de sus contactos

Orientaciones provisionales  
17 de marzo de 2020



## Antecedentes

La OMS ha elaborado estas orientaciones provisionales para responder a la necesidad de contar con recomendaciones sobre cómo cuidar de los pacientes con COVID-19 que presentan síntomas leves,<sup>a</sup> así como sobre las medidas de salud pública relativas al manejo de sus contactos.

Este documento se ha adaptado a partir de las orientaciones provisionales relativas a la infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) publicadas en junio de 2018<sup>1</sup>, tomando también en consideración las directrices basadas en la evidencia publicadas por la OMS, incluidas las recogidas en la publicación titulada *Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care*<sup>2</sup>, además de la información actual sobre la COVID-19.

Estas orientaciones breves, que han sido actualizadas teniendo en cuenta la información más reciente, sirven de guía para los profesionales de la salud pública y de prevención y control de las infecciones, los gestores de los servicios de salud y los trabajadores sanitarios que se ocupen de cuestiones relativas a la atención en el domicilio a pacientes sospechosos de haber contraído la COVID-19 que presenten síntomas leves, y también a los encargados de gestionar a sus contactos. Las orientaciones se basan en los datos recogidos sobre la COVID-19 y en la viabilidad de

presenten una infección respiratoria aguda severa que haga sospechar que la han contraído. Estas pruebas se deben realizar en el primer punto de contacto con el sistema de salud, y, de acuerdo con la gravedad de los síntomas, se deberá iniciar un tratamiento de urgencia. La OMS ha actualizado las [directrices de tratamiento de los pacientes con infecciones respiratorias agudas asociadas a la COVID-19](#), incluyendo orientaciones para los grupos poblacionales vulnerables (por ejemplo, los adultos mayores, las embarazadas y los niños). La OMS recalca que, si no se puede aislar a todos los casos en los centros de salud, se debe priorizar a aquellos que puedan tener peor pronóstico, como las personas que sufren enfermedades graves y críticas y los que, a pesar de presentar enfermedades leves, puedan tener peor evolución (los mayores de 60 años y las personas con otras afecciones, como enfermedades cardiovasculares y pulmonares crónicas, diabetes o cáncer).

En el caso de que sea imposible aislar a todos los casos leves en los centros de salud, puede ser necesario aislar a los que presenten síntomas leves y no tengan factores de riesgo en instalaciones no convencionales como hoteles, gimnasios y centros deportivos, que se habilitarán con ese fin, hasta que sus síntomas desaparezcan y den negativo en las pruebas de detección del virus que causa la COVID-19. Como alternativa, se podrá atender a estos pacientes en su domicilio.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331528>.

# 10 Principios

**6. Debe revisarse la necesidad de hidratación artificial, incluyendo el inicio, continuidad o cese de la hidratación clínica asistida.**



# Recomendaciones y resultados

Tener en cuenta la futilidad de estas medidas aún cuando se hubieran instalado con buen criterio en una situación previa.

Adecuación de los recursos sanitarios, materiales y humanos

# 10 Principios

**7. Debe revisarse la necesidad de alimentación artificial, incluyendo la continuación o cese de la nutrición clínica asistida.**





International  
Collaborative  
for Best Care  
for the Dying Person



# Recomendaciones y resultados

Tener en cuenta la futilidad.

Adecuación de los recursos sanitarios,  
materiales y humanos

# 10 Principios

**8. Debe haber una comunicación y discusión completa del plan de cuidado con el paciente, en lo posible y si se considera adecuado, y con allegados.**



# Recomendaciones y resultados

La comunicación honesta y cuidadosa facilita las despedidas y la adaptación a la situación irreversible y la muerte inminente.

Prevenir o aminorar en lo posible, sufrimiento emocional en un contexto de elevado estrés.

# 10 Principios

9. Deben existir reevaluaciones periódicas y documentadas de la persona que está muriendo, por lo menos cada **4 horas** y revisadas por equipo multidisciplinario al menos cada 48 hs.



# Recomendaciones y resultados

Adecuar según los recursos disponibles, asegurar la provisión durante las 24 hs de medicación en infusión y rescates según necesidad.

Paciente con síntomas controlados, no recarga al sistema y permite el alivio del sufrimiento evitable para el paciente, la familia y los profesionales



# 10 Principios

**10. El cuidado del paciente y aquello que sea importante para él y sus allegados, debe ser tenido en cuenta inmediatamente después de la muerte para asegurar que sea digna y respetuosa.**



## **DECLARACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA SOBRE EL DERECHO Y DEBER DE FACILITAR EL ACOMPAÑAMIENTO Y LA ASISTENCIA ESPIRITUAL A LOS PACIENTES CON COVID-19 AL FINAL DE SUS VIDAS Y EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD**

La crisis generada por la pandemia de COVID-19 ha puesto a prueba a nuestra sociedad, que está respondiendo de manera ejemplar ante una experiencia de sufrimiento que era inimaginable hace tan solo unas semanas. La excelencia de nuestros profesionales de la salud está sosteniendo un sistema sanitario tensionado día tras día, más allá de sus posibilidades, algo que los ciudadanos han percibido claramente reaccionando con continuas muestras públicas de agradecimiento.

Esta epidemia hace imprescindible el aislamiento de las personas infectadas, lo cual supone añadir a la enfermedad un factor de desconcierto y desgarramiento familiar del que no teníamos experiencia. Los pacientes que requieren hospitalización, o están institucionalizados en residencias, sufren de manera especial esta desconexión de sus seres queridos. Lo mismo ocurre con aquellos pacientes que presentan especial vulnerabilidad como son las personas con discapacidad o los menores de edad. El sufrimiento se hace especialmente lacerante cuando un paciente entra en la fase final de su vida con esta privación afectiva.

El Comité de Bioética de España hizo público recientemente un documento de reflexión sobre cuestiones éticas relacionadas con la COVID-19, en particular, sobre el riesgo de discriminación por edad, discapacidad o deterioro cognitivo (Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus de 25 de marzo de 2020). El Ministerio de

ARGENTINA

# El «derecho a la despedida» y todos los derechos del paciente de coronavirus



By PEDRO LIPCOVICH — 11 abril, 2020 [No hay comentarios](#)



Entrevista a Gustavo De Simone, referente internacional en cuidados paliativos.

# Recomendaciones y resultados

Avisar a la familia cuando el paciente fallezca. Ante la situación de pandemia tener en cuenta las recomendaciones del manejo de cadáver sin **descuidar el cuidado digno aún después de la muerte.**

Evitar situaciones descontroladas de familiares que deseen retirar el cuerpo del hospital lo antes posible.

# la situación tan temida





The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

## Perspective

### Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic

Glenn K. Wakam, M.D., John R. Montgomery, M.D., Ben E. Biesterveld, M.D., and Craig S. Brown, M.D.

*D*r. Wakam: I'm 5 hours into my ICU shift at a community hospital in Detroit when the results of another arterial blood gas return. My patient has been hospitalized for 3 days and is Covid-19–positive. Over the past 12

hours, his treatment has progressed from intubation, to prone positioning on 100% fractional inspired oxygen, to medically induced paralysis, and finally to bilevel ventilation. The results

and helpless. She asks to come into the hospital to be with her husband, or at least see him through the door to his room. Unfortunately, I am told by the unit charge nurse that hospital policy

ourselves telling families, “Because of hospital policy, we cannot allow visitors at this time.” This conversation sometimes takes place at the doors to the ICU, over the phone, or in front of the hospital, as families beg to see their loved ones before they die. A seemingly simple request, which in other times would be encouraged, has become an ethical and

"¿Qué puede pasar si solo entro a verlo 5 minutos y me voy?"



## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE CALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA

VILMA A. TRIPODORO<sup>1,2</sup>, GABRIEL GOLDRAIJ<sup>3</sup>, MARÍA L. DAUD<sup>1</sup>, VERÓNICA I. VELOSO<sup>2</sup>,  
MARISA DEL V. PÉREZ<sup>1,4</sup>, EDUARDO L. DE VITO<sup>2</sup>, GUSTAVO G. DE SIMONE<sup>1,4,5</sup>

<sup>1</sup>Instituto Pallium Latinoamérica, <sup>2</sup>Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, <sup>3</sup>Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, <sup>4</sup>Hospital de Gastroenterología Carlos B. Udaondo, Buenos Aires, <sup>5</sup>Carrera de investigador, Ministerio de Salud, GCBA, Argentina

**Resumen** Las secuencias integradas de cuidado para últimos días de vida proponen estándares de calidad para optimizar la atención de pacientes y familias. Se implementó el Programa Asistencial Multidisciplinario Pallium (PAMPA<sup>®</sup>) basado en estándares del *International Collaborative for Best Care for the Dying Person* en cuatro fases: inducción, implementación, diseminación y sustentabilidad, en cinco centros de salud en Argentina, entre 2008 y 2018. Se incluyeron 1237 pacientes adultos en situación de últimos días de vida, en seguimiento por equipos de cuidados paliativos entrenados en el PAMPA<sup>®</sup>. Se efectuó una auditoría antes y después de la ejecución del programa, aún en curso. El rango de medianas de permanencia en los cinco centros desde el inicio de la secuencia hasta el fallecimiento fue de 16 a 178 horas. Se compararon objetivos de cuidado: control de síntomas, comunicación, necesidades multidimensionales, hidratación y nutrición, documentación de intervenciones y cuidados *post mortem*. El análisis conjunto mostró una mejoría del número de registros ( $p = 0.001$ ). La comunicación del plan de cuidados con el paciente no mostró diferencias ( $p = 0.173$ ). Se realizó capacitación y supervisión permanente a los equipos profesionales de quienes se registraron percepciones de la implementación. Los principales emergentes de este análisis cualitativo fueron: actitudes ante el programa, aportes fundamentales, fortalezas, debilidades y definición subjetiva del programa, reconocimiento de las singularidades culturales institucionales y su influencia en el cuidado. El PAMPA<sup>®</sup> demostró la factibilidad de un modelo de atención para pacientes y familias en final de vida, basado en estándares de calidad internacionales.

**Palabras clave:** cuidados paliativos, cuidado terminal, secuencias clínicas, calidad de cuidado

# Medicina (B Aires). 2019;79(6):468-476.



**INFORMATION FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS REGARDING THE LAST DAYS OF LIFE CARE PLAN (LDCP)**

**RECOGNISE**

The recognition of dying is always complex. The possibility that a person may die within the next few days or hours can be recognized, made to be communicated clearly to that person, those important to them and the Multidisciplinary Team (MDT). All decisions made and actions taken are in accordance with the patient's needs and wishes, and those who regularly reviewed and decisions revised accordingly. See algorithm over page to support MDT assessment.

**COMMUNICATE, INVOLVE AND SUPPORT**

Sensitive, comprehensive, clear communication takes place between staff and the dying person, where possible and appropriate, and those identified as important to them. Shared decisions are made about treatment and care to the extent that the dying person wants.

Where there is no record to the contrary and the person does not have capacity to give consent, it is reasonable to assume that they would want their family and those important to them to be informed about their condition and prognosis.

The possibility that the person may be dying in the coming days or hours is discussed with the person, and with their relatives, where appropriate, and those identified as important to them. This communication must be conducted in a way that maintains privacy, sensitivity, compassion and is culturally appropriate. The needs of the relatives, where and friends are actively explored, respected and met as far as possible.

Staff must check and document the person's (and others who have been involved) understanding of the information that is being communicated.

**CREATE AN INDIVIDUALISED CARE PLAN**

This individualised care plan is based on the principles of *Ta Aua Whakapiri* and includes the provision of food and drink, symptom control and physical, psychological, social and spiritual support, which is agreed, or confirmed and delivered with dignity, care and compassion. The care plan is developed using clinical evidence and clinical judgment and discussed with the person and those important to them. Symptom Management Guidelines are provided to support the Last Days of Life Care Plan. This care plan is generic, for use in any care setting. Each organisation using this guideline should provide its staff with further guidance as to the organisation specific requirements, for example the use of electronic clinical records alongside this document, responsibilities for specific sections, times of routine assessments and multidisciplinary review, and contact processes with other professionals involved in the person's care.

**REVIEW**

This care plan should be dynamic, basing on assessing the person's condition, needs and wishes and responding appropriately and **extended at least daily**.

A full review of current medications is undertaken and non-essentials discontinued. The person should only be receiving medications that are beneficial at the time, with as minimal medication (opioids) prescribed for the most common symptoms at end of life such as pain, respiratory tract secretions, restlessness and agitation, breathlessness, nausea and vomiting. See algorithm over the page for triggers for full MDT assessment.

**REFERENCES**

International Collaborative for Best Care for the Dying [www.mcpclio.org](http://www.mcpclio.org)  
 Ollenschaw J, & Wilkinson S. Care of the dying: a pathway to excellence. 2nd rev ed. Oxford University Press (OUP)  
 Mason S, Dawson J, Gambles M, Ellershaw J. QPCARE9—optimising research for cancer patient care in the last days of life. *Journal of Palliative Care* 2012;28:17-9  
 Ellershaw J, Lakshani M. Best Care for the dying patient. *BMJ* 2013; 347:f9428

Nombre y apellido del paciente..... N° identificación..... Fecha.....

**INSTITUTO PALLIUM LATINOAMERICA MEDICINA PALLIATIVA**

Programa Asistencial **PAMPA** Multidisciplinario Pallium

**PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE EN EL FINAL DE LA VIDA**

Atención en los últimos días u horas de vida

El Plan de cuidados **PAMPA** es un documento que guía y permite a los profesionales de la salud hacer foco en el cuidado en los últimos días u horas de vida. Provee pautas de excelencia para el cuidado, desarrolladas a la medida de las necesidades individuales del paciente cuando su muerte es inminente. Brinda información para respaldar la asistencia pero de ninguna manera reemplaza el juicio clínico del equipo profesional.

Este abordaje busca alcanzar los principios claves del cuidado y se sustenta en los elementos centrales internacionales para la mejor atención de la persona que está a próxima a morir, quien se coloca en el centro de cuidado. (**International Core Elements for Best Care of the Dying Person**- The Collaborative; 2014. [www.mcpclio.org.uk](http://www.mcpclio.org.uk)).

Su aplicación debe ser continua, centrada en la evaluación permanente de la situación clínica del paciente, sus necesidades y deseos, para poder dar una respuesta apropiada.

La buena comunicación, clara y comprensible, es crucial. El plan de cuidados debe comunicarse al paciente y a sus familiares o cuidadores cuando esto sea posible y se considere apropiado. De igual modo, deberán informarse todas las decisiones que puedan llevar a un cambio en el plan inicial /o en el mismo. Todas las opiniones deben ser escuchadas y documentadas.

**Todas las decisiones clínicas deben ser tomadas según el mejor interés/beneficio para el paciente. Esto implica los aspectos médicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, así como todos los demás aspectos que sean relevantes para su bienestar.**

International Collaborative for Best Care for the Dying persons; 2014. [www.mcpclio.org.uk](http://www.mcpclio.org.uk)  
 Ollenschaw J, & Wilkinson S. Care of the dying: a pathway to excellence. 2nd rev ed. Oxford University Press (OUP) 2011; Oxford  
 Mason S, Dawson J, Gambles M, Ellershaw J. QPCARE9—optimising research for cancer patient care in the last days of life. *Journal of Palliative Care* 2012;28:17-9  
 Ellershaw J, Lakshani M. Best Care for the dying patient. *BMJ* 2013; 347:f9428

© PAMPA 2.0 Programa Asistencial Multidisciplinario Pallium (Tripodoro VA, Daud M, Goldraj G, De Simone G, 2016)

Care Plan for... in the last hours...

**Cudeca Care P**

**uidar**

Competence and Compassion during Integrity, Dignity, Autonomy

**International Collaborative for Best Care for the Dying Person**

**PC** PALLIATIVE CARE CENTRUM LUNDU UNIVERSITY REGION SKANE THE INSTITUTE FOR PALLIATIVE CARE

Issue: 2017-03-20

**PALLIATIVE CARE GUIDE - PCG**

The Palliative Care Guide (PCG) was developed in Sweden and based on principal areas of palliative care. It can be used as a support for the discussion to summarize important aspects of needs, treatment and different care interventions. PCG also offers a full documentation support for those who wish, for example in residential care homes or home care. PCG comprises different parts based on patient needs. All parts do not need to be used for each patient.

**PCG Overview**

The patient's palliative care needs are assessed by the patient, the patient's family and the patient's care team.

The patient's palliative care needs are assessed by the patient, the patient's family and the patient's care team.

The patient's palliative care needs are assessed by the patient, the patient's family and the patient's care team.

**Part 1. Identifying the palliative care needs of the patient with advanced disease.** It is based on the steps 1-4 of a e.g. cancer, COPD or heart failure, or multiple comorbidity. A positive answer to the "simple question" of the anticipation of death within a year may also be a reason to use part 1. It includes an assessment of the patient's situation based on symptoms, function, cognition, communication needs, social situation and care offers in a context of palliative care needs. It may serve as a basis for the planning of future care.

**Part 2. The patient with complex palliative care needs.** The PCG Part 2 provides tailored support. The part also includes proposed care interventions for common symptoms and conditions.

**Part 3. Updated guidelines for the dying patient.** Provides support for a review of previous needs and specific support for care, including support for continuous assessment and proposals for care interventions for the dying patient.

**Part 4. This part deals with aspects of the care of the deceased and support to family and friends of the deceased.**

Contact: **Anette Charis** [anette.charis@skane.se](mailto:anette.charis@skane.se)

Address: Mediclinic Village, Högskolan, SE-223 33 Lund  
 Visit address: Skånecenter 2, Mediclinic Village, Högskolan, Lund, Sweden  
 Phone: +46 40 331 1000  
[www.palliativecare.se](http://www.palliativecare.se)  
[www.palliativecare.se](http://www.palliativecare.se)

**SKMCHRC end of life care plan.**

**Information sheet to be given/obtained to the relative or carer: In a language they understand following a discussion regarding the plan of care.**

The doctors and nurses will have expected to you that there has been a change in how you and your family's condition. They have said that the person you care about is now dying and in the last hours or days of life.

You and your relative or friend will be involved in the discussion regarding the plan of care. If your relative or friend is unable to participate, you will be asked to help with the decision making. All decisions will be made with you after a discussion with the doctors and nurses who do not agree with your decisions you may ask for a second opinion.

**Communication**

There are information leaflets available for you as it is sometimes difficult to understand everything at this sad and challenging time. The doctors and nurses will discuss you for your contact details, as reported you updated is a priority.

**Medication**

Medicine that is not helpful at this time may be stopped and new medicines prescribed. Medicines for symptom control will only be given when needed at the right time and just enough and no more than is needed to help the symptoms.

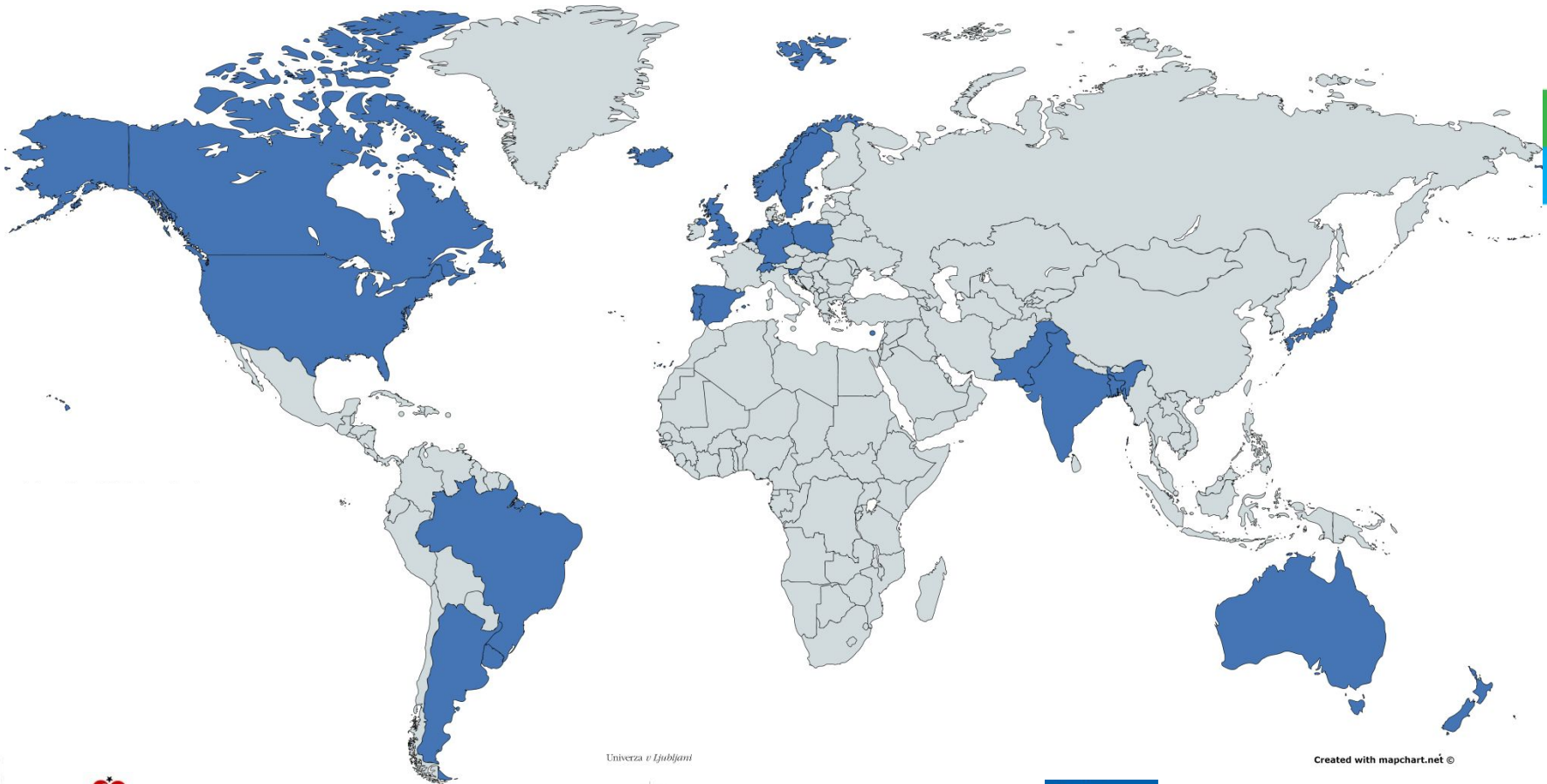
**Comfort**

The doctors and nurses will not want to interrupt your time with your relative or friend. They will make sure that as far as possible in any way at all the time we meet, please let them know if you feel these needs are not being met. For whatever reason.

You can support care in important ways such as spending time together, sharing memories and news of family and friends.

# The International Collaborative

21 países asociados trabajando colaborativamente



**“Lo que importa no es lo que la  
vida te hace,  
sino lo que tú haces con lo que la  
vida te hace”**



**Edgar Jackson**

**muchas gracias!!!**