

Cuidados Paliativos en Enfermería

Lic. David Blanco

- La palabra “ Paliar “ viene del latín “Palliare” que significa : mitigar y moderar el rigor.
- En nuestro trabajo cotidiano la expresión Paliativa la utilizamos como alivio integral, cuando ya no es posible ofrecerle al paciente el objetivo principal que es el de curar

- En el siglo IV ante de cristo no se consideraba ético tratar al enfermo en su proceso de muerte.
- A partir de la enseñanza cristiana se establece la necesidad de ayudar al enfermo moribundo
- Escucha a los enfermos ellos te dirán que hacer....
- Los cuidados paliativos .. Confort y calidad de vida .. El enfermo es el verdadero protagonista

Cicely Saunders.

Cuidados paliativos

Afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural , ni aceleran ni posponen la muerte , proporcionan alivio para el dolor y otros síntomas angustiantes , integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, ofrece su sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan dignamente como sea posible hasta que mueran. Ofrecen un sistema de soporte a la familia para hacer frente a la enfermedad y a su propio duelo...

Objetivos

El objetivo principal es brindarle la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias. Filosóficamente, el alivio del sufrimiento es el objetivo dominante de los Cuidados Paliativos. Esto se sustentan en tres pilares fundamentales:

1. comunicación
2. control de los síntomas,
3. apoyo familiar.

Objetivos de cuidados paliativos según la OMS.

- | |
|---|
| 1. Alivio del dolor y otros síntomas |
| 2.No alargar ni acorta la vida |
| 3.Dar apoyo psicológico, social y espiritual |
| 4.Reafirmar la importancia a la vida |
| 5.Considerar la muerte como algo natural |
| 6.Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo mas activa posible |
| 7.Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo |

El Enfermero de Cuidados Paliativos

- Va mas allá de proporcionar asistencia directa a necesidades exclusivamente físicas. Mas bien planifica los cuidados desde la continuidad, flexibilidad , accesibilidad.
- Es saber estar y acompañar en la vida diaria del enfermo y su familia, integra a la familia en el acto de cuidar. Da soporte desde la escucha, deben ser sensibles y están pendiente de los detalles que dan confort al paciente

ENFERMERÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

- para cuidar hay que:
- saber y conocer, por medio de una formación y entrenamiento adecuados y en múltiples facetas.
- querer hacerlo, en base a la voluntariedad y a las cualidades personales.
- tener la oportunidad y los medios necesarios: recursos económicos, materiales y humanos.

Estamos preparados los Enfermeros para realizar Cuidados Paliativos

- La razón de nuestra existencia es el de cuidar..
- La idea de cuidar suele ser promocionarle el alimento, la hidratación , el descanso, etc. Pero normalmente se nos olvida la importancia que tiene la comunicación en el cuidado de Enfermería

La comunicación y el cuidado

- La comunicación es una manera de cubrir las necesidades de la persona enferma o afectada.
- No debemos olvidarnos que a veces las herramientas mas importantes para proporcionar cuidados son la palabra y la escucha.
- Debemos escuchar a nuestros pacientes a partir de esa escucha podremos realizar aún mejor los cuidados de Enfermería. Le podemos brindar mejor lo que realmente necesitan, valiéndonos de nuestros conocimientos científicos y técnicos.

Proceso de atención de enfermería

- A través de esta modalidad se van a llevar a cabo los cuidados de enfermería tanto para el paciente y su familia.
- El enfermero de Cuidados Paliativos tiene que organizar los cuidados en dos aspectos al paciente y a la familia.

Consisten en :

Valoración inicial
Diagnostico de Enfermería
Planificación de los cuidados
Ejecución
Evaluación final

Es necesario realizar reevaluaciones continuas ya que se trata de un paciente plurisintomatico y multicambiante

Funciones Enfermería en Cuidados paliativos

- Función Asistencial
- Función Docente
- Función Administrativa

- los cuidados paliativos incorporan una concepción multiprofesional e interdisciplinaria en el cuidado de las personas con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable y en etapa Terminal
- a partir del trabajo en equipo con los diferentes profesionales se podrán atender y cuidar de las distintas necesidades físicas, sociales y espirituales de la persona muriente y de su familia.
- enfermería ocupa un lugar privilegiado ya es quien permanece la mayor cantidad de tiempo junto al paciente, esto le permite ejercer claramente el rol de cuidador y es por ello que el profesional de enfermería debe estar capacitado para aceptar que no todos los pacientes se van a curar lo cual implica cambiar la actitud curativa hacia una actitud paliativa

ATENCIÓN A LA FAMILIA

El enfermero profesional debe reconocer y tratar los "miedos y temores" que presentan tanto el enfermo como su familia, ya que la tranquilidad de la misma repercutirá directamente sobre este. La muerte es un tema que siempre está presente en esta situación.

Es bueno que la familia tenga una tarea concreta en el cuidado directo del enfermo para disminuir el impacto de la enfermedad terminal.

Es necesario, y muy importante, que el equipo de salud realice una valoración de los factores socio-culturales, familiares, que puedan afectar y condicionar la atención.

LA ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

• actividades habituales:

Atención hospitalaria
Atención domiciliaria
Consulta externa
Hospital de día
Atención del duelo de la familia
Reuniones interdisciplinarias
Docencia, investigación y evaluación

integrantes:

mediacos, enfermeros, auxiliares, asistentes sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, agentes de la pastoral sanitaria y otros.

QUÉ SE APRENDE CUIDANDO ENFERMOS TERMINALES?

- Permanecer serenos frente a su sufrimiento y muerte.
- A ayudar a su familia y amigos a estar junto a él.
- A considerar la muerte como un proceso natural.

- En los últimos tiempos se habla mucho de calidad de vida, sin embargo se habla poco de calidad de muerte.
- Se está viviendo un proceso de cambio y se están sumando más objetivos a la salud: al arte de curar se le suma el arte de paliar, el de mitigar... al de ayudar al buen morir....

Paciente Terminal

- El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología.
- Según la definición de la OMS Enfermedad en fase Terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente

- En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es “el curar” sino el de “cuidar” al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte.

- Debemos tener en cuenta ante un paciente moribundo que su muerte es irremediamente personal, al igual que la vida. La certidumbre de la muerte es lo que humaniza, y de los aspectos más importantes que debemos de considerar es que el moribundo es un ser vivo, y la proximidad de la muerte les hace más sensibles sabios y nobles.

- La asistencia al enfermo no curable pasa por la desdramatización de la muerte, ya que el principal problema en estos pacientes es aceptarla, por el problema que plantea su negación
- Hoy en día el negar la muerte y tratar de vivir más requiere medios técnicos que sólo se pueden dar en un hospital, así que la gente no muere en casa y muere en el hospital. Por esta razón podemos considerar que las instituciones y la medicina han expropiado a las personas su propia muerte. “ Hay que permitir a las personas que vuelvan a morir en casa.

- Actualmente la muerte tiende a ignorarse, se separan los que van a morir o se les tiene dormidos, hay que procurar o permitir que el moribundo sea activo ante su propia muerte. No hay que olvidar que el moribundo sigue siendo una persona viva y tiene derecho a una muerte digna:
- participación y autonomía en el proceso
- poder elegir
- respetar las decisiones del paciente
- comunicación del paciente moribundo con su familia y sus médicos
- resolución de asuntos personales
- aceptación del proceso
- no confusión mental
- no dolor

- La muerte puede tener una razón, pero jamás un sentido. La vida, en cambio, puede tener sentido; debería tenerlo para todos.
- Como profesionales, tenemos la función social de encontrar explicaciones a los problemas humanos que en la vida no se encuentran. Tenemos que comprender para poder aliviar, cuidar y curar. Una formación en las relaciones interpersonales permite aprender los valores personales, sociales y culturales que influyen en nosotros mismos, y en las personas que tratamos, respecto de las actitudes adoptadas ante las pérdidas y la separación.

- La negación es un mecanismo muy primario e inmaduro, y es muy difícil comunicarse con las personas que niegan la evidencia. Con esta actitud generalizada, no es de extrañar que nos encontremos delante del moribundo y este delante de nosotros, ya que pertenecemos a la misma cultura, faltos de palabras y de instrumentos para comunicarnos. Por ello es preciso que la formación de los profesionales incluya un aprendizaje a lo largo de su carrera, que les permita adquirir conciencia de sus propias actitudes frente a la muerte en sus múltiples y complejas manifestaciones en la vida de las personas y la sociedad.

MIEDO A LA MUERTE

Cuando nos hacemos mayores y empezamos a darnos cuenta de que nuestra omnipotencia en realidad no existe, de que nuestros deseos más intensos no son tan poderosos como para hacer posible lo imposible el miedo se mantiene, a veces atenuado mientras no se le provoque con demasiada fuerza.

- Con la muerte nos invaden sentimientos de cólera, rabia y culpabilidad. El proceso de dolor siempre lleva consigo algo de ira. La muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador y el miedo es un miedo universal.
- Hay muchas razones por las que hoy en día no se afronta la muerte con tranquilidad, morir es algo solitario, mecánico y deshumanizado.
- Es solitario porque a menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar
- Es mecánico debido al trato que se le da al paciente en el hospital.
- Y es deshumanizado debido a que a veces no se respeta la dignidad.

EL MORIBUNDO COMO MAESTRO

- Hacer frente a un paciente después de diagnosticar una enfermedad incurable siempre es difícil. La cuestión no es preguntarnos cómo deberíamos de decírselo sino cómo compartirlo. El médico debe ser capaz de hablar francamente si sinónimos de muerte inminente, debe de dejar una puerta abierta a la esperanza. Es fundamental que haga comprender al paciente que no está todo perdido, que no va a desahuciarle por el hecho de ser moribundo pues es una batalla que van a librar juntos paciente familia, Enfermeros y médicos sea cual sea el resultado

- La necesidad de negación del paciente es directamente proporcional a la del médico, pero diferentes pacientes reaccionan de modo diferente según su personalidad y estilo de vida, los que hayan afrontado situaciones de tensión anteriores cara a cara harán lo mismo en este caso. Por eso es muy útil tener trato con el paciente para descubrir sus puntos fuertes o débiles.

PRIMERA FASE: NEGACIÓN Y AISLAMIENTO

- La mayoría al enterarse de su enfermedad mortal reaccionan diciendo, " no, yo no, no pude ser verdad ". Esta negación es común tanto en aquellos a los que se les comunica directamente desde un principio su enfermedad, y a aquellos a los que no se les decía explícitamente y que llegaban a aquella conclusión por si mismos

- La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas menos radicales. Esto no significa, que este paciente, más adelante, no esté dispuesto, a sentarse a charlar, con alguien, de su muerte inminente. Este dialogo deberá tener lugar cuando buenamente pueda el paciente y ha de terminar cuando el paciente no pueda seguir afrontando los hechos y vuelva a su anterior negación.

- Si el personal del hospital, se sientan y escuchan, y repiten sus visitas aunque al paciente no le apetezca hablar en el primer o segundo encuentro, el paciente pronto comenzará a sentirse confiado, porque hay una persona que se preocupa por él, que está disponible, que se queda por allí.
- Cuando estén dispuestos a hablar se abrirán, y compartirán su soledad, unas veces con palabras, otras con pequeños gestos o comunicaciones no orales

SEGUNDA FASE: IRA

- Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, envidia, y resentimiento.
- Les surge la siguiente pregunta: “ ¿ Por qué yo? “.
- Esta fase de ira a diferencia de la anterior es muy difícil de afrontar para al familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas las direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.
- La familia que les visita es recibida con poco entusiasmo, con lo que el encuentro se convierte en algo violento. Luego responden con dolor y lagrimas culpabilidad o vergüenza, o eluden futuras visitas, lo cual sólo sirve para evitar la incomodidad y el disgusto del paciente.
- A donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrará motivos de queja

TERCERA FASE: PACTO

- Es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves periodos de tiempo.
- En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “ a la buena conducta “, además fija un plazo de “ vencimiento “ impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.
- La mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto

CUARTA FASE: DEPRESIÓN

- Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de perdida.
- Al tratamiento y la hospitalización prolongados, se añaden las cargas financieras. A esto puede añadirse la perdida del empleo debido a las muchas ausencias o a la incapacidad de trabajar

- Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. Y si se les permite expresar su dolor en este tipo de depresión, encontrará mucho más fácil la aceptación final

QUINTA FASE: ACEPTACIÓN

- Cuando el paciente ha tenido tiempo para asumir su situación y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas llegará una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará.
- Se habrá podido desahogar anteriormente.
- Se sentirá cansado, y débil o sentirá la necesidad de dormir a menudo. No hay que confundir esta fase con una fase feliz. Para el paciente, esta fase está desprovista de sentimientos y es la familia quien necesita más apoyo. El paciente lo único que necesita es la presencia de alguien a su lado, aunque no haya comunicación oral, simplemente el silencio, el contacto entre las manos pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido

ESPERANZA

- La única cosa que generalmente persiste a lo largo de todas estas fases es la esperanza. Aún los enfermos más realistas, y los que aceptan de mejor manera su situación, mantienen una chispa de esperanza para su curación o para la aparición de un medicamento nuevo. Esta chispa de esperanza les sostiene durante días, semanas o incluso meses de sufrimiento. El papel del enfermero en este caso, no se trata de decirles mentiras, pero es importante compartir con el paciente su esperanza

- Cuando el paciente deja de manifestar esperanza generalmente es señal de muerte inminente. Un ejemplo podría ser el paciente que creía en un milagro, y un día comenta: "creo que este es el milagro ahora estoy dispuesto y no tengo miedo".

- Es fundamental para el paciente moribundo que se le siga considerando como el único responsable de su vida, y que aún sigue manteniendo la capacidad de autogobierno

LA FAMILIA DEL PACIENTE

- La reacción de la familia ante la enfermedad del paciente contribuirá en mucho a la respuesta de éste. Es muy importante para el enfermo y la familia, ver que la enfermedad no rompe totalmente un hogar, ni priva completamente a todos los miembros de cualquier actividad placentera.

TERAPIA DEL ENFERMO DE MUERTE

- **El paciente desahuciado tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si nos tomamos tiempo para escuchar y averiguar cuáles son. Muchos pacientes se aferran a la vida porque tienen asuntos pendientes. Todos estos se encuentran mejor después de hacer confesiones o de encontrar soluciones para el cuidado de otros, y generalmente, morían poco después de que desapareciera**

- Hay un momento en la vida de un paciente en que deja de haber dolor, y la mente deja de imaginar cosas, la necesidad de alimento se vuelve mínima y la conciencia de lo que le rodea desaparece en la oscuridad. Es entonces cuando los parientes recorren los pasillos del hospital, atormentados por la espera. En esos momentos es demasiado tarde para las palabras, y no obstante, es cuando los parientes piden más ayuda con o sin palabras

- **El personal sanitario puede ser una gran ayuda, durante estos momentos finales, si logran comprender los conflictos de la familia en ese momento y ayudan a seleccionar la persona que se sienta más capaz de estar junto al paciente moribundo.**
- **Los que tienen la fortaleza y el amor suficiente para sentarse junto al paciente moribundo en el silencio que va más allá de las palabras, sabrán que ese ese momento no es espantoso ni doloroso, sino el pacífico cese del funcionamiento del cuerpo.**

- **Atiende a este día, porque él es Vida, pues el Ayer es ya un sueño y el Mañana, tan solo una visión**

Muchas gracias

• **Lic. David Blanco**