



A. M. García Hernández

Una aproximación al Anciano en situación Terminal y los Cuidados Paliativos*

Enfermero. Profesor Asociado.

* Ponencia presentada en el IV Congreso Regional
de la Sociedad Canaria de Geriatria y Gerontología
Tenerife, 25-27 Nov-93

Correspondencia:
A. M. García Hernández
E. U. Enfermería
Universidad de la Laguna
Campus de Ofra
38071 La Laguna (Tenerife)

RESUMEN

El objetivo del artículo es profundizar en los elementos técnicos de la asistencia: Cuidados Paliativos, Asistencia Total y Equipo Multidisciplinar, dejando a un lado la actual concepción biomédica con exclusividad somática a la enfermedad y al anciano obviando aspectos sociales, psicológicos, culturales...

PALABRAS CLAVE

Anciano; Situación Terminal; Cuidados Paliativos.

SUMMARY

The aim of the present work is to study in depth the technical elements of the clinical attention: Palliative care, Total care and health care team, leaving aside the current biomedical concept which treats the patient and his illness with somatic exclusivity without having in mind the social, psychological and cultural aspects.

KEY WORDS

Elderly; Terminal disease; Palliative care.

4 AGRADECIMIENTO

La verdad es que cuando se me propuso hablar sobre este tema tan de actualidad, “los cuidados paliativos”, dudé de por dónde incarle el diente para ofrecer a enfermeros una visión clara que les ayudase a entender claramente su magnitud y significado. Pues podíamos comentar:

- La estructura y funciones sociales de las unidades.
- Las funciones profesionales.
- Las guías internacionales del tema.

Bien es cierto que el tema nos cuestiona cosas más importantes como qué hacen las enfermeras en la práctica clínica de los cuidados paliativos.

Al final he pensado que lo mejor es dar una visión general del tema desglosándolo secuencialmente.

ACLARACION SOBRE EL TEMA

En los últimos años la expresión enfermo terminal ha ido tomando cuerpo hasta ser bastante cotidiana en nuestro ejercicio asistencial. En la mayoría de los casos, incluso se simplifica tanto que ya no se habla de paciente con enfermedad terminal, sino de enfermo terminal, lo cual equivale a una cierta claudicación en la asistencia.

Consideramos más correcto hablar de enfermedad, o mejor, incluso, de condición terminal.

En el caso específico del anciano con enfermedad terminal, su condición existencial ya determinada por su edad, está condicionada además por la incurabilidad e inevitabilidad de muerte cercana.

BREVE HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Aunque el movimiento “hospice” no nació denominándose de igual manera y los conceptos históricos del cuidar y la atención integral al individuo con enfermedad terminal han ido evolucionando a lo largo de la historia, así como los adelantos biomédicos, tecnológicos y de alivio del dolor y otros síntomas, se han ido incorporando sobre todo a lo largo de la segunda mitad del presente siglo. Dicho movimiento tiene una historia que presentamos esquemáticamente como un proceso lineal.

Lo que ha aportado puntualmente cada escalón de este proceso puede ser fruto de una discusión más amplia sobre todo en lo que respecta al progreso cualitativo y cuantificativo de la atención al paciente en situación terminal. No pretendemos que éste sea el objeto del presente trabajo; por ello, sólo tomar a manera de referencia los hechos de la figura 1 como los más puntuales en la historia organizacional para la prestación de cuidados al paciente en condición terminal, además de citar algunas personas que contribuyen con su labor a que ello fuera posible.

La OMS en su informe de Expertos sobre “Salud de las personas de edad (1989, pág. 82), al hacer

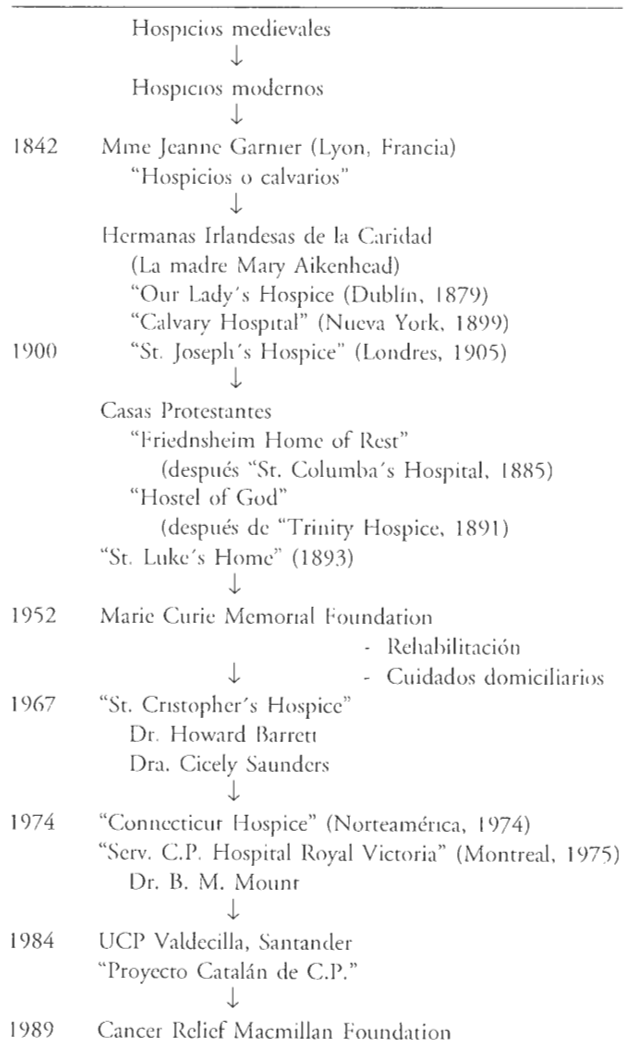


Figura 1. Aproximación al movimiento moderno de hospicios.



referencia a la información de actitudes nos refiere: "El aprendizaje creativo debe buscar la motivación de los estudiantes y alertarles a que conozcan sus propios sentimientos en lo que respecta al envejecimiento, la dependencia y la muerte. El conocer sus propios sentimientos es un factor esencial del proceso educacional y un requisito previo para lograr resultados positivos en la atención del anciano".

Hay, pues, varios puntos de partida que debemos resolver y definir:

1. — Anciano.
2. — Paciente anciano.
3. — Anciano con enfermedad terminal.

Vamos a presuponer que los dos primeros han sido respondidos y vamos a profundizar en el tercero: ¿Qué es el anciano en situación terminal?. Ello nos lleva a precisar la terminología de manera que podamos usarla correctamente en nuestra experiencia profesional y sepamos todos, cuando hablamos del anciano terminal, a qué nos estamos refiriendo.

A manera de resumen, la situación de enfermedad terminal en el paciente anciano que entendemos, incluye los siguientes criterios:

- Persona de más de 60 años de edad (edad fijada por las Naciones Unidas en 1980 como edad de transición de las personas a la vejez).
- Proceso patológico incurable en fase de progresión.
- Muerte cercana e inevitable.
- Expectativa de vida inferior a seis meses.
- Fracaso de la terapéutica estándar eficaz.
- Problemática multifactorial que afecta tanto al enfermo, familia y comunidad, como al equipo sanitario y que es un gran impacto emocional por la existencia de síntomas variados y múltiples y complicaciones diversas que condicionan la inestabilidad evolutiva del paciente.
- Presencia de Dolor Total.

En la atención profesional a los individuos con enfermedad terminal y específicamente en los ancianos, hay pues, dos grupos bien diferenciados de elementos de discusión y de trabajo:

1. Los elementos de la decisión
 - 1.1 Medios proporcionados y desproporcionados.
(Encarnizamiento terapéutico, distanasia, adistanasia).
 - 1.2 Criterios de "calidad de vida".
 - 1.3 Criterios de "competencia mental".
 - 1.4 Criterios de valoración del enfermo crítico.



2. Los elementos técnicos de la asistencia
 - 2.1 Cuidados paliativos.
 - 2.2 Asistencia total.
 - 2.3 Equipo multidisciplinar.

El objeto del presente artículo es profundizar en los elementos técnicos de la asistencia. Bien es cierto, que la existencia de modelos diversos de enfermería, dan una visión integral del anciano enfermo y específicamente cuando se encuentra en situación terminal, dejando a un lado la actual concepción biomédica o modelo predominante en la sociedad española actual que da exclusividad somática a la enfermedad y al enfermo, haciendo imposible un abordaje correcto de éste y su problemática al obviar aspectos: sociales, psicológicos, culturales, etc.

Esto nos lleva pues, a tener que dar cobertura de cuidados integrales a estas personas y su familia en situación tan especial, donde la incidencia principal va a ser en el alivio del sufrimiento o cómo se ha querido llamar mediante "cuidados paliativos", los cuales han sido definidos en el Informe del Subcomité de Cuidados Paliativos Oncológicos en 1991, como:

«Son cuidados totales, activos y continuados a los pacientes y sus familias proporcionados por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. El objetivo del tratamiento no es prolongar la vida, sino mejorar en lo posible las condiciones presentes del paciente y la familia, cubriendo sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales y si es necesario, el apoyo se extiende al período del duelo».

6 Y donde el objeto de dichos cuidados puede ser resumido en los siguientes puntos:

- 1.- Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal.
- 2.- Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte y que tampoco la posponga.
- 3.- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos.
- 4.- Integrar aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.
- 5.- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- 6.- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.

La atención paliativa del enfermo exige una metodología de equipo, en la que se reconozca que todos los profesionales tienen un papel que desempeñar. La dirección de trabajo en equipo puede variar según los problemas específicos que tenga el paciente y según los factores locales (fig. 1).

Los miembros del equipo deben respetar el carácter confidencial de la información relacionada con el paciente.

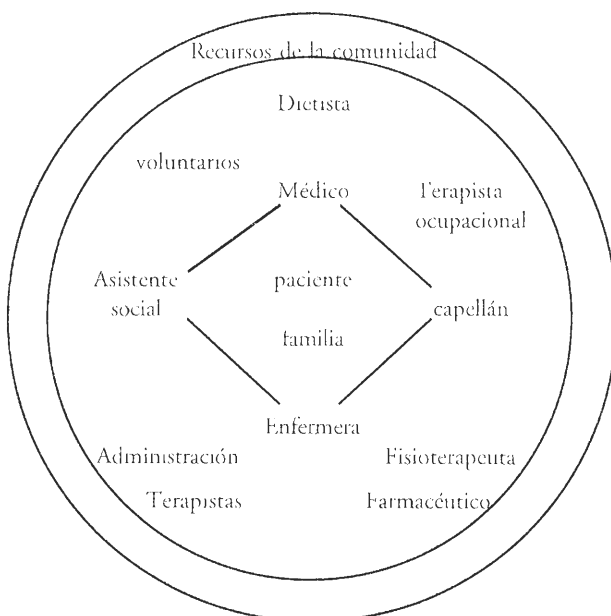


Figura 1. Miembros del equipo interdisciplinario.

La enfermera desempeña un papel importante en el tratamiento paliativo con responsabilidades especiales en el suministro de la información, asesoramiento y educación del paciente y su familia y en establecer la continuidad del tratamiento entre el hospital y el hogar.

Debido a la proximidad de la enfermera con el paciente, ocupa un lugar ideal para controlar y evaluar el dolor y vigilar los síntomas.

Para que las medidas de control sean lo más eficaces posibles, la enfermera ha de tener la potestad de ajustar las dosis de los medicamentos dentro de los parámetros establecidos de antemano.

ORGANIZACION DEL TRATAMIENTO PALIATIVO

El programa de tratamiento paliativo completo incluye los siguientes componentes (fig. 2):

- *Tratamiento en el hogar.* La atención médica tradicional y su financiamiento se basan en modelos institucionales, en tanto que en el tratamiento paliativo el hogar es el principal escenario del tratamiento. Las instituciones son consideradas recursos de apoyo en lugar de componentes básicos del programa.

- *Servicio de consulta.* El personal profesional de salud con adiestramiento en tratamiento paliativo presta servicio de consulta para pacientes en los hospitales y en la comunidad. Mediante este sistema se ofrecen oportunidades educacionales para otros profesionales de la atención sanitaria.

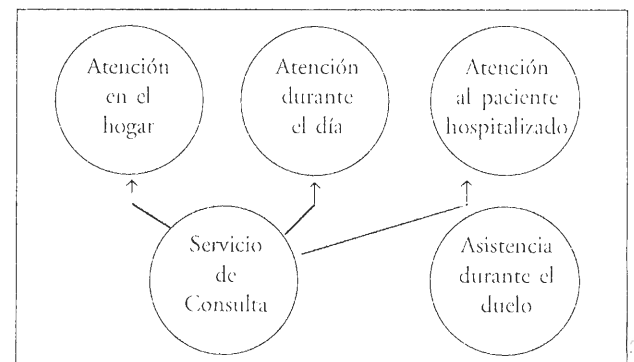


Figura 2. Un programa de cuidados paliativos puede incluir los siguientes componentes (OMS, Informe técnico 804).



● *Atención durante el día.* Los enfermos que viven solos o que **no pueden** manejarse fuera del hogar sin ayuda, pueden beneficiarse asistiendo a un centro diurno de tratamiento paliativo dos o tres veces por semana. Además, la atención durante el día puede contribuir en forma importante a aliviar la carga que significa la atención hogareña para la familia del enfermo.

● *Atención del paciente hospitalizado.* La atención del paciente hospitalizado se concentra en el control del dolor de y otras aflicciones físicas y psicosociales.

● *Asistencia durante el período de duelo.* Algunas personas necesitan un apoyo adicional para sobrellevar el período de duelo, lo cual puede lograrse mediante la ayuda prestada por el personal profesional de salud o voluntarios.

Esencialmente, sin embargo, el tratamiento paliativo es un concepto: mientras que algunos de los componentes básicos mencionados antes pueden ser útiles, no son esenciales para el suministro de un tratamiento paliativo apropiado. El tratamiento paliativo es eficaz en relación con su coste, sencillo en cuanto a su aplicación y fácil de suministrar en el hogar.

En la comunidad, la base del tratamiento es la continua supervisión profesional. En el tratamiento paliativo se requiere el concurso de diversos profesio-

7
nales de la atención de la salud, capacitados para evaluar las necesidades del enfermo y los recursos de que dispone, para asesorar al enfermo y a su familia, para comprender los principios que regulan el uso de medicamentos que controlan el dolor y otros síntomas y para suministrar apoyo psicológico tanto al paciente como a su familia.

Para atender adecuadamente a un enfermo cuya familia sea muy reducida o inexistente, podría ser necesario contar con la ayuda de voluntarios, incluyendo a vecinos. Es también igualmente importante referir al enfermo a los organismos que en algunos países ofrecen asistencia financiera a los pacientes con cáncer avanzado.

La atención ideal en el hogar exige que haya continuidad entre la atención hospitalaria y la domiciliaria. En esta última, cuando se trata de un enfermo con cáncer avanzado, la principal responsabilidad recae en la familia. De ahí que los familiares deben recibir adiestramiento para poder seleccionar y preparar comidas adecuadas, administrar analgésicos y otros medicamentos necesarios y para afrontar problemas específicos, tales como la paraplejía y la incontinencia.

La ignorancia o la ansiedad excesiva en el ambiente domiciliario pueden ser una causa primordial del fracaso de un sistema de atención de comprobada eficacia.