



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

Resumen de “Introducción a cuidados paliativos”

Alumna:

Anzuetto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 6°

Materia:

“Medicina Paliativa”

Docente:

Dr. Agenor Abarca Espinoza

Comitán de Domínguez, Chiapas a 12 de marzo de 2024.

Cuidados paliativos

La OMS define a los cuidados paliativos como “el cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas”. Es decir, es la atención que se puede ofrecer para mejorar la calidad de vida de un paciente con una enfermedad grave, si bien la intención no es curarlos, se busca aliviar en lo máximo posible sus dolencias y esto se enfoca a la persona en todos los ámbitos no solo en el de la enfermedad como tal.

Los antecedentes históricos de los CP nos sirven para revisar como fue que surgió, el desarrollo y la evolución que ha tenido con los años y la importancia que ha ido cobrando desde entonces. Algunas de las fechas importantes alrededor del mundo son:

- 1842: Se empieza a usar la palabra “Hospice” en Lyon, Francia. Principalmente conocido por Jean Granier.
- 1899: Se fundó el Calvary Hospital por Anne Blunt Stoms en New York, donde el nombre ya empieza a enfocarse más en un significado de personas en agonía.
- 1948: Protestant Homes recibe a personas con tuberculosis y cáncer, en Londres.
- 1961: Nace la fundación St. Christopher Hospice en Londres. Suena más el nombre de Cicely Saunders quien es considerada pionera de los CP y propone controlar no solo los síntomas sino también los temas emocionales.
- 1969: Elizabeth Clubert Ross plantea los 5 estadios psicológicos del paciente en estado terminal.
- Años 80's: Se desarrolla la medicina paliativa y se considera que otras formas de cuidado son posibles.
- 1980: La OMS adopta el término de CP.
- 1987: Se reconoce a la medicina paliativa como especialidad médica.
- 1995: La OPS reconoce el término de CP.

En México no fue tan pronto el desarrollo de los CP pero si se vieron buenas iniciativas de incorporación:

- 1970-1980: Se empiezan a lanzar programas locales e institucionales.
1972: Se crea el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiarán
- 1976: Se crea el Hospital General Dr. Eduardo Liceaga
- 1990: Por fin se reconocen los CP como tema importante en salud pública y se hace una política oficial para el alivio del dolor por cáncer.
- 2009: Se incorpora a la legislación Federal (la regulación).
- 9 DE DICIEMBRE DE 2014: Se lanza la NOM-011-SSA3-2014 que es para la atención hospitalaria, ambulatoria, en el domicilio o urgencias.

La OMS y la OPS han desarrollado estrategias para llevar a cabo correctamente los cuidados paliativos:

- 1) Desarrollar políticas de salud apropiadas
 - a. Esto en todos los niveles de atención de salud
- 2) Disponibilidad de medicamentos
 - a. Especialmente los que son de ayuda para el manejo del dolor
- 3) Educación y capacitación
 - a. Para los trabajadores de la salud pero también para el público y familiares
- 4) Gestión integral

Todo para poder alcanzar una buena calidad de vida para el paciente y su familia.

Si bien se ha visto en la historia la incorporación de esta atención en la salud se tienen registros que un bajo porcentaje de la población los recibe, además que la prevalencia de personas que no los reciben tienen que ver con el nivel socioeconómico no solo personal sino también del país (78% de las personas).

Las enfermedades degenerativas están ligadas al dolor, obviamente al sufrimiento y que son irreversibles, afectan no solo al paciente sino también a su familia. Estas enfermedades pueden ser:

- Incurables
- Progresivas
- Invalidantes
- Fatales

Además del nivel económico del país hay más obstáculos para la atención:

- ◆ Legislación restrictiva, principalmente a los fármacos como narcóticos que son muy útiles para aliviar el dolor
- ◆ Profesionales de la salud: No hay suficiente personal que se forme en esta área.
- ◆ Obstinación terapéutica: se trata del empeño en querer usar un tratamiento o medidas que no están siendo de gran utilidad para el paciente, no mejoran su calidad de vida y traen más repercusiones que mejoras.

NOM-011-SSA3-2014

Esta establece criterios y procedimientos para los servicios paliativos, en pacientes con enfermedad terminal para su bienestar y calidad de vida digno hasta que muera, **promueve el respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia previniendo la obstinación terapéutica.** Dicho de otro modo, es similar al concepto manejado por la OMS, enfocado a la calidad de vida del paciente y la atención no para curarlo sino para que su tiempo restante no esté lleno de sufrimiento, lo importante de este concepto es que resalta que el paciente debe conservar ese derecho de decidir sobre su tratamiento, sobre las intervenciones y tener completo conocimiento de lo que implica, dejando que tome sus decisiones o en dado caso su tutor.

Dado que son palabras fundamentales en los cuidados paliativos es importante comprender algunos conceptos que se mencionan y mencionarán mucho:

Se entiende por **calidad de vida** todas las condiciones físicas, psicológicas y sociales que permiten que el paciente en situación terminal siga viviendo según a sus objetivos y creencias, en el contexto de sus relaciones sociales y familiares, sin que se vean interferidas por la enfermedad que padezca.

Una persona **enferma en situación terminal** es aquella que tiene una enfermedad que no tiene cura y tampoco puede revertirse, la cual tiene un tiempo estimado para fallecer, la norma menciona <6 meses, sin embargo, no es necesario cumplir con este número de meses, puede variar.

La **claudicación familiar** se basa en la dificultad de una familia para adaptarse a la condición del enfermo, puede ser porque aparecen nuevas manifestaciones o algunas regresan y esto desanima a la familia, puede terminar en abandono a este paciente terminal.

Cuidados paliativos es cuidar de las enfermedades que no tienen cura, para controlar el dolor y síntomas además de atender otras áreas como la psicológica, social y espiritual.

Entonces se puede deducir que el **plan de cuidados paliativos** va a ser la “estrategia” o la “estructuración” de las acciones que se van a llevar a cabo, en este caso no solo por el médico tratante sino que es un trabajo en conjunto con personal y profesionales de más áreas que sean necesarias, todos deben tener acceso a él y actualizarlo acorde a las necesidades del paciente. Se conocen **medios ordinarios** (son para conservar la vida y no son demasiado pesados para el paciente para obtener el beneficio) y **medios extraordinarios** (que son muy pesados para el paciente en comparación con el bien que le hace).

Todo debe ser claro tanto para el personal, paciente y familiares. Se debe obtener el consentimiento informado de la persona responsable antes de realizar alguna acción.

Obstinación terapéutica, es aferrarse a conservar la vida a costa de la agonía del paciente.

Maneja 4 niveles de atención:

- 1) Hospitalario: Si hay alguna complicación reversible, pacientes con mucho dolor, que tengan estudios especiales.
- 2) Ambulatorio: Consultas de control y seguimiento.
- 3) Domiciliario: Más recomendado si no necesita atención o técnicas hospitalarias.
- 4) Urgencia

Como se ha podido ver no solo con el paso del tiempo sino también actualmente los cuidados paliativos son sumamente necesarios y deberían tener más promoción e importancia, es un tema de humanidad, se trata de ayudar a una persona que está destinada a morir, y lo único que se puede hacer es ayudar que el proceso no sea tan doloroso, no dejar que los demás aspectos de su vida se abandonen y centrarse en fármacos y estudios, es vital que aumente la concientización no solo social sino también institucional, ya que si bien la cobertura ha aumentado no es total, no si quiera se acerca a ser la necesaria.