



Mi Universidad

Resumen

Abril Amairany Ramírez Medina

Introducción a los cuidados paliativos

1er parcial

Medicina paliativa

Dr. Agenor Abarca Espinoza

Medicina humana

6to semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 08 de marzo de 2024

Resumen

En el año 1842 se uso por primera vez la palabra hospice. En España en los años 80 se desarrolló la medicina paliativa. Y en el año 1980 se llegó a adaptar el término cuidados paliativos por la OMS. Y es hasta el año de 1987 que se llegó a conocer a la medicina paliativa como una nueva especialidad de la medicina.

Esto pudo llevar a ayudar a que la OPS reconociera el término de cuidados paliativos en el año 1995. Fue hasta a partir de los años 1970 al año 1980 que en México comenzaron a desarrollarse programas locales e institucionales de cuidados paliativos, integrando así a nuestro país a poder participar en la medicina paliativa.

En 1990 se llegó a reconocer formalmente acerca de los cuidados paliativos como un tema de salud pública y política oficial para el alivio del dolor por el cáncer. Se incorpora también dentro de la legislación federal regulación de los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal. Y es así hasta que el 09 de diciembre de 2014 se publicó la norma oficial Mexicana NOM 011-SSA3-2014.

Según la OMS cuidados paliativos se define como el cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas, este concepto fue definido en el año 2022.

Esto quiere decir que los cuidados paliativos incluyen la atención que se ofrece para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que pone la vida en peligro, como el cáncer. Estos cuidados se ofrecen con o sin intención de curar la enfermedad.

Los cuidados paliativos se enfocan en la persona completa, no solo en la enfermedad. La meta de esto es evitar o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y del tratamiento lo antes posible, evitando el máximo sufrimiento que el paciente pueda llegar a tener. Así como también se debe de tratar cualquier problema psicológico, social y espiritual relacionado.

Un ejemplo puede ser las personas con cáncer, donde ellos pueden llegar a recibir cuidados paliativos en distintos lugares, como en un hospital, una clínica, un centro

de cuidado a largo plazo, o atención domiciliaria con la supervisión de un proveedor de atención de la salud autorizado.

Suponiéndose así que cualquier persona con enfermedad terminal, tiene derecho y puede recibir cuidados paliativos sin importar su edad o estadio de la enfermedad.

Siendo así el objetivo de los cuidados paliativos es llegar a alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente pero no solo la de él, sino también la de su familia. Fundamentándose en el control y alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

El paciente a llevar los cuidados pasivos con enfermedad terminal, tendrá un proceso largo al principio de su terapia y tratamiento en donde llevará acabo cinco fases; 1.- Etapa de la negación 2.- Etapa de la ira 3.- Etapa de la negociación 4.- Etapa de la depresión 5.- Etapa de la aceptación.

En la primera fase el paciente no puede llegar a aceptar que tiene una enfermedad en fase terminal y que pronto la enfermedad terminará con su vida, así como también llega a negar cualquier tratamiento terapéutico y cualquier cuidado y atención especial. En la segunda fase el paciente llega a presentar más sentimientos negativos, como la ira, y esto puede llevar a que no tenga un tratamiento de la mejor calidad, eficacia y eficiencia.

En la tercera fase el paciente se intenta integrar a los protocolos terapéuticos. En la cuarta fase el paciente recae en más sentimientos negativos, y cae en depresión, empeorando la situación y deteniendo el proceso. Y en la quinta y última fase el paciente acepta por completo su estado crítico con la ayuda de su equipo terapéutico y su familia y coopera al cien por ciento en su proceso.

La norma NOM-011-SSA3-2014 establece los criterios y procedimientos mínimos indispensables para los servicios de cuidados paliativos a los pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal, para el bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo el respeto y fortalecimiento de la atención del paciente y su familia proviniendo la obstinación terapéutica.

Los cuidados paliativos se pueden llegar a dar y a obtener de cuatro maneras, y estas son: hospitalaria, ambulatoria, domiciliaria y en urgencias,

La enfermedad en situación terminal es considerada en personas que tienen una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses.

Todo paciente con enfermedad terminal cuenta con un plan de cuidados paliativos el cual consiste en un conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el médico tratante, complementados y supervisados por el equipo multidisciplinario, los cuales deben proporcionarse al enfermo en situación terminal, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados al paciente.

El médico tratante será el responsable de indicar o prescribir un plan de cuidados paliativos, el cual deberá ser explicado en forma comprensible y suficiente y aclarando todas las dudas al paciente, familiar, tutor o representante legal.

Conclusión

La atención brindada por el equipo de cuidados paliativos logra una disminución del sufrimiento de los pacientes, incluso al poco tiempo de iniciado el seguimiento médico. El objetivo básico de los cuidados paliativos es mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida de los enfermos que se hallan en el tramo final de su existencia atendiendo a sus problemas físicos, psíquicos, sociales y espirituales, con el fin de que conserven su dignidad hasta el momento de su fallecimiento.

Es posible realizar Cuidados Paliativos en Domicilio, idealmente con un equipo multiprofesional de trabajo que tenga la capacidad de ocuparse de todas las áreas de la persona enferma: somática, psicológica, social y espiritual. Es necesario también incluir a la familia del paciente en el cuidado domiciliario. Los principios de la ética: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia y equidad, están presentes en forma continua cuando trabajamos con pacientes terminales, sin omitir nunca el respeto por las personas y sus creencias, junto a una comunicación honesta y adecuada. Siempre debemos recordar que aún en la era de la medicina

moderna y en tiempos del postmodernismo sigue vigente el viejo adagio: Curar algunas veces, aliviar a menudo, acompañar siempre.

En una sociedad que vive de espaldas a la muerte y a todo lo que ella representa, donde la prioridad de la “medicina moderna”, es la alta tecnología curativa que consiga mantener y restablecer la salud siempre, es difícil asimilar una etapa de la vida que implica pérdidas, conflictos y sufrimiento, como lo es en muchos casos, el final de la existencia.

Finalmente, es interesante meditar por qué existen grandes progresos en la medicina, desde luego bajo el auspicio internacional, y la mayoría de las áreas médicas han sido al menos medianamente exploradas. No es este el caso de la medicina paliativa, puede ser porque enfrentarse con la sola idea de la muerte es frustrante y desagradable para los médicos en general; pero habrá que asumir esta responsabilidad, y el gran reto de mejorar la calidad de vida, y la calidad de muerte para aquellos que requieran este tipo de atención.

En los cuidados paliativos la ética no debe solo preocuparse de la enfermedad y dolor del enfermo, sino del enfermo en conjunto con su entorno familiar, de las personas que sufren junto a él, a quien hay que informar de la gravedad de su padecimiento, y prepararlos a todos para el momento del desenlace de la enfermedad y la muerte.

La importancia de la medicina paliativa radica en el impacto que proporciona en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, así como en la visión de integralidad en la atención, la cual puede ser proporcionada a los pacientes utilizando elementos que cotidianamente no se consideran. Su aplicación en el segundo y tercer nivel de atención, tal y como actualmente ocurre, no descarta la posibilidad de encontrar formas de integrarla a las actividades de atención a pacientes que pueden llevarse a cabo en el primer nivel de atención.