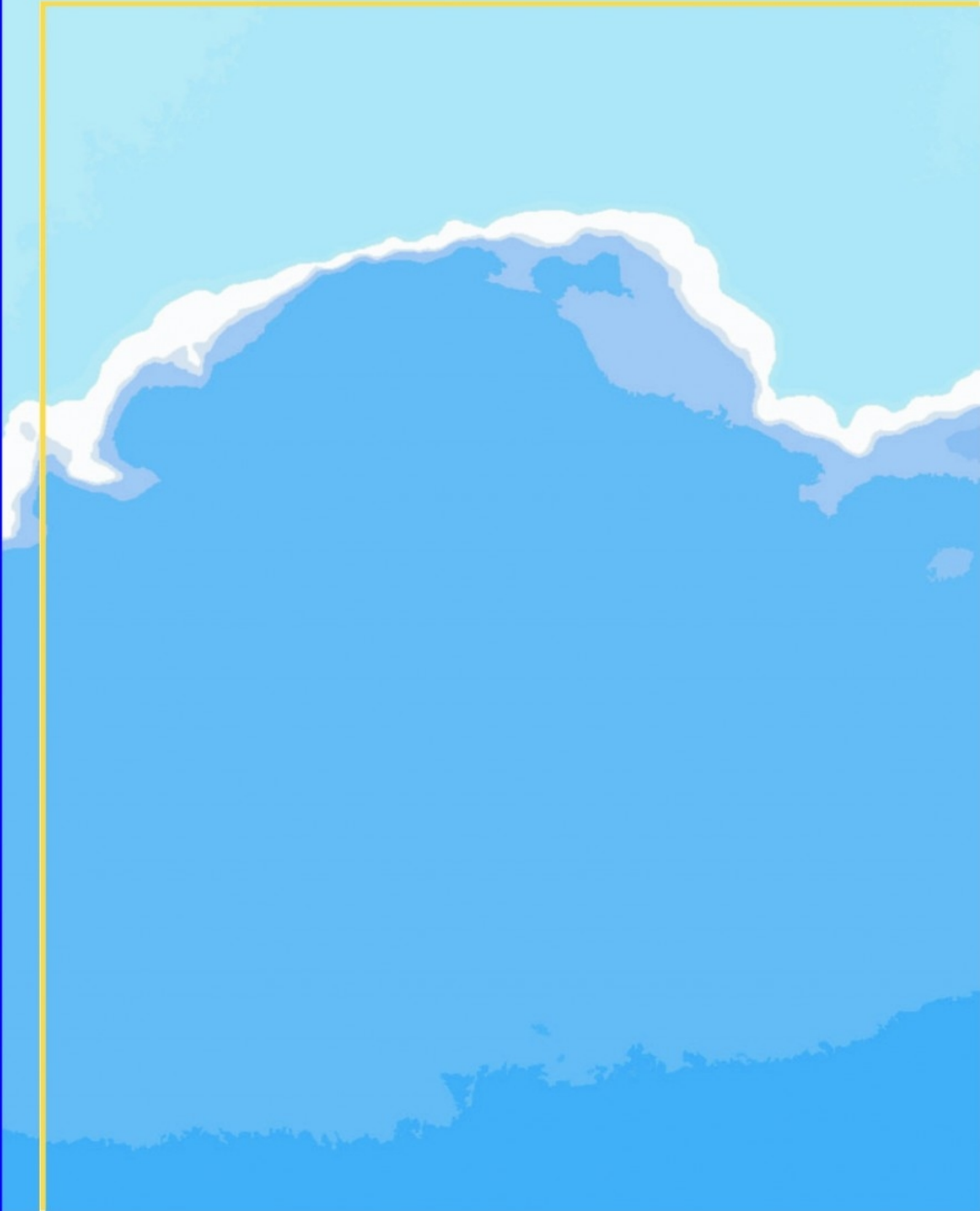


Silvia Penedo Torres

# El arte de cuidar





# EL ARTE DE CUIDAR

AUTORA: SILVIA PENEDO TORRES





## **Índice**

**Introducción**

**Prevención y promoción de la salud**

**Capitulo 1: Atención domiciliaria**

**Capitulo 2: Aseo del paciente en la cama**

**Capitulo 3: Cuidados paliativos**

## El arte de cuidar

### Introducción

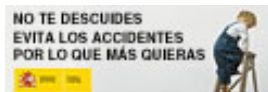
Este libro está basado en experiencias relacionadas con el cuidado de diferentes personas en situaciones donde necesitaban distintos tipos de cuidados.

Si buscamos en el diccionario la palabra cuidar surgen palabras como asistir, atender, ayudar, todos sinónimos que representan en sí que el cuidar es un arte que se va desarrollando con la experiencia y con el tiempo.

Como personal sanitario siempre estuve vinculada con el cuidado de personas, no es lo mismo cuidar a una persona en su domicilio que en el ámbito hospitalario. Aunque todos tienen un denominador común, necesitan cuidados y el cuidar es un arte.

### Prevención y promoción de la salud:

De la misma manera que la información que se le brinda a la sociedad, es cuidarla porque se la previene y eso es atención primaria. Para eso están las campañas de salud donde las organizaciones gubernamentales tienen un papel fundamental. Por ejemplo: Fomentar, el uso de preservativos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, promocionar la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida del recién nacido, vacunar a las personas de la tercera edad contra la gripe, campaña de prevención contra la meningitis en los adolescentes, prevención de los accidentes cardiovasculares, prevención en el cuidado de los dientes, prevención de los accidentes del hogar etc.



Cuidarte es el hábito más saludable.





Ejemplo de campañas donde se hace prevención y promoción de la salud [www.msc.es](http://www.msc.es) Ministerio de Sanidad y consumo de España.

**OMS:** Promoción y prevención de la salud: [www.who.int.es/](http://www.who.int.es/)

Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud:

La promoción de la salud es una parte esencial de un enfoque integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Para atender las necesidades de promoción de la salud y en especial para alentar la adopción de regímenes alimentarios saludables, la realización de actividades físicas y el control del tabaco, en este plan se propone lo siguiente:

- ✚ Promover y adoptar hábitos alimentarios saludables, modos de vida activos y controlar la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición.
- ✚ Formular políticas públicas y directrices, realizar cambios institucionales, adoptar estrategias de comunicación y llevar a cabo investigaciones relacionadas con los regímenes alimentarios y la actividad física.
- ✚ Aplicar estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- ✚ Adoptar una perspectiva para el ciclo de vida en la que se considere que la salud comienza con el desarrollo del feto y continua hasta la vejez

## Capítulo 1

### +Atención a domicilio:

La atención a domicilio es una forma de cuidar en donde el entorno familiar juega un papel fundamental, porque el tiempo que un cuidador externo

esta en el domicilio de un paciente convive en la intimidad de esa familia y por lo tanto la discreción y la amabilidad están a la orden del día, es por lo menos mi experiencia de los años que he pasado en la atención domiciliaria.

En estos tiempos que corren donde la tasa de natalidad es mas baja que el índice de envejecimiento de la población, nos encontramos con un alto porcentaje de personas de la tercera edad que por sus diferentes patologías tienen un cuidado especial.

Entre la familia, profesionales sanitarios sumado a la ley de dependencia y las diferentes ayudas que desde las comunidades autónomas poseen para la asistencia a domicilio, estos cuidados se hacen cada vez mas necesarios.

Considero importante la educación sanitaria como instrumento básico en la acción preventiva. La promoción de la salud forma parte de los cuidados de las personas de la tercera edad y ayuda a mantener su independencia y evitar la aparición de enfermedades.

Entre las medidas mas importantes, cabe mencionar:

- \*Practicar ejercicio con regularidad, caminatas, estiramientos.
- \*Ingerir abundante cantidad de líquido para mantener una buena diuresis
- \*Vacunar a los ancianos contra la gripe
- \*Evitar el contacto con personas que tengan infecciones en las vías respiratorias.

- \*Evitar el calor intenso en el verano y la exposición solar**
- \*Ducharse de cuerpo entero**
- \*Aplicar cremas hidratantes después de la ducha para evitar la sequedad de la piel**
- \*Control de la incontinencia urinaria y la micción orinando con regularidad y haciendo ejercicios con los músculos perineales.**
- \*Orientar hacia una correcta higiene bucal, uso regular del cepillo de dientes, limpieza de prótesis dentales, enjuague bucal y atención odontológica periódica.**
- \*Para favorecer la digestión es conveniente tomar comidas de poco volumen, sentarse después de comer y evitar ejercicios intensos después de las comidas.**
- \*Es recomendable la ingestión de calcio a partir de productos lácteos y una dieta de bajo contenido en fósforo.**
- \*Es importante utilizar una iluminación con intensidad graduable y leer textos con letra grande.**
- \*Hablar claro y despacio y no gritar.**
- \*Prevenir es que ante cualquier duda consultar con el medico de cabecera**

**En la atención domiciliaria hay otro grupo de pacientes que necesitan cuidados, son los que tienen alguna discapacidad física o psíquica más allá de su edad.**

**En estos pacientes nos encontramos con un desgaste familiar que a veces es aliviado si un cuidador externo ayuda en las cosas cotidianas y aporta mejoras**

**como para que dentro de sus posibilidades estos pacientes puedan ser independientes.**

**Para dar un ejemplo cuando realizaba atención domiciliaria trabajé como cuidadora con niños con parálisis cerebral y más allá de la asistencia en el domicilio en las tareas de la vida diaria es importante destacar la aplicación de medidas que aumenten la calidad de vida de estos pacientes.**

**Para lograr estos objetivos se necesita trabajar en equipo con profesionales sanitarios como psicólogos, fisioterapeutas,**

psicopedagogos, logopedas, terapeuta ocupacional, médicos, cuidadores y la propia familia, todos involucrados para desarrollar al máximo el potencial psicomotor del niño.

**Descripción de medidas más importantes:**

Prevenir el deterioro o debilidad de los músculos por falta de uso y deformidades con el plan de trabajo de un fisioterapeuta. Aumentar la confianza y autoestima con los consejos de un terapeuta ocupacional que le enseñe a usar el baño, comer, vestirse o sea las actividades de la vida diaria.

Involucrar e informar a la familia de los tratamientos de estimulación temprana para que en la vida cotidiana puedan colaborar en el desarrollo psicomotor del niño.

Programas de ejercicios del uso del lenguaje elaborados por logopedas para el aprendizaje del habla y de la comunicación con el medio que lo rodea.

Facilitar posturas adecuadas y movimientos normales con el uso de accesorios para prevenir deformidades.

Terapia farmacéutica indicada por el profesional médico para el tratamiento de las convulsiones y de la espasticidad que se asocia con parálisis cerebral.

Informar a los padres de programas a domicilio realizado por profesionales sanitarios sobre el tipo de ejercicio y actividades a realizar para estimular la coordinación psicomotriz.

Control del babeo que puede llegar a irritar la piel y originar problemas de tipo social para el niño.

Tratamiento médico para la deglución (dificultad para tragar).

Programa de estimulación temprana múltiple en rehabilitación para potenciar el desarrollo del niño.

Realizar atención primaria sobre parálisis cerebral infantil para que se pueda prevenir desde el embarazo informando a la madre la importancia de la vacunación de la rubéola, la incompatibilidad rh, la ictericia, el buen control prenatal que previene los partos prematuros, el bajo peso al nacer y las infecciones.

Cabe mencionar la hospitalización a domicilio que en un informe que se realizó en Granada, España en septiembre del 2004 de medicina interna, se demostró que la hospitalización en el domicilio reduce la mortalidad y los reingresos en el hospital.

La atención "hospitalaria" en el propio domicilio del paciente reduce la mortalidad y los reingresos en el Hospital y favorece una mayor disponibilidad de camas libres en los Centros Sanitarios. Así se



desprende de diversos estudios que fueron presentados en el Congreso Mundial de Medicina Interna en Granada. Uno de esos estudios, dirigido por el doctor Francisco Rosell, coordinador del Grupo de Trabajo de Hospitalización Domiciliaria y Telemedicina de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) demuestra una mortalidad cuatro veces menor en pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en su casa. Así, en un ensayo en el Hospital Sagrado Corazón de Barcelona, del que el doctor Rosell es jefe del Servicio de Medicina Interna, se comprobó que a los seis meses del traslado al domicilio, habían fallecido 2 de 34 pacientes, frente a 12 de 36 en el grupo control. También en otro trabajo en pacientes con bronquitis crónica se observó que tres meses después haber sido atendidos en sus casas, los ingresos hospitalarios se habían reducido de 1,5 a 0,2 por ciento y las urgencias de 1,4 a 0,1 por ciento. Estos datos demuestran, según el doctor Blas Gil Extremera, presidente del Congreso Mundial de Medicina Interna, que con más unidades de hospitalización domiciliaria podría reducirse significativamente el número de fallecimientos. Cataluña, Galicia, País Vasco y la Comunidad Valenciana son las regiones españolas que disponen de un mayor número de hospitales que cuentan con esta modalidad asistencial. La clave de estos importantes descensos en la morbimortalidad reside, según el doctor Rosell, en que "se educa al paciente en su enfermedad y aprende a manejar sus crisis". Además, "es muy importante que haya alguien al otro lado del teléfono que pueda responder sus inquietudes". Los médicos de medicina interna son quienes están mejor preparados para atender a estos pacientes, según el doctor Ángel Sánchez, presidente de la SEMI. Es lo que ocurre habitualmente en España, salvo por la noche, que se ocupa el equipo de guardia, aunque "la necesidad de intervenir por la noche es muy escasa", explica el doctor Rosell. Para el coordinador del Grupo de Hospitalización Domiciliaria de la SEMI, los pacientes que más se pueden beneficiar de este servicio son, en general, los enfermos con procesos complejos o crónicos pero controlados, que requieren una intervención multidisciplinar, intensa y durante un corto período de tiempo. Estarían en este grupo aquellos pacientes que han sufrido una cirugía complicada pero se mantienen estables, los que han recibido un alta precoz, los pacientes ancianos con pluripatologías y aquellos con afecciones neuromusculares conectados a un respirador, entre otros. Telemedicina Algunos centros hospitalarios están incorporando a la atención domiciliaria sistemas de telemedicina, como agendas electrónicas en las que se archivan todos los datos clínicos del paciente y monitorización vía módem, con los que se mejora la coordinación entre los diferentes servicios, incluyendo farmacia y enfermería. En un estudio de las unidades de hospitalización a domicilio de los hospitales Gregorio Marañón, de Madrid y Universitario La Fe, de Valencia publicado recientemente en Medicina Clínica se señalaban las ventajas de la hospitalización a domicilio:

- Ausencia de infecciones nosocomiales. (Infecciones específicas del hospital).
- Evitación de los fenómenos de "hospitalismo".

- Disminución de los episodios de confusión mental y/o depresión en ancianos. - Mejora y humanización de la relación personal sanitario paciente.
- Permite mayor intimidad y comodidad, además de liberalizar los horarios de actividades propias (alimentación, descanso, higiene, etc.).
- Evita desplazamientos de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo.
- Facilita la comunicación entre el personal sanitario y los familiares. - Integra a la familia en el proceso curativo.
- Promueve las actividades de educación sanitaria.
- Disminuye los costes marginales por proceso.
- Facilita el acceso a los recursos de un hospital de agudos a quien realmente los necesita, incrementando la rotación enfermo-cama y reduciendo, por tanto, las listas de espera.
- Sirve de conexión entre el hospital y atención primaria, favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales.

## Capítulo 2:

### Aseo del paciente

Uno de los procedimientos más realizados por los auxiliares de enfermería es el aseo del paciente. La importancia de conservar su higiene proporciona bienestar para el mismo sobre todo aquellos pacientes que debido a su patología deben estar encamados. Este bienestar nombrado anteriormente da comodidad mejorando la calidad de vida, tratando de brindar cuidados a través del aseo, mejorando la circulación, la hidratación de la piel y la imagen del paciente en general.

Los pasos a seguir para el procedimiento del aseo de un paciente encamado es una tarea diaria en hospitales, geriátricos, residencias e incluso en el domicilio de los pacientes sobre todos los auxiliares que realizan este tipo de asistencia. Estos pasos son los siguientes:

- Lavar las manos con agua y jabón y colocar guantes estériles de un solo uso.
- Explicarle al paciente que se lo va a higienizar y preparar todo el material correspondiente que incluye ropa para el paciente, agua, jabón, toallas, sábanas nuevas y todo lo que sea necesario y complementario para el aseo, además de mantener la habitación sin corrientes de aire para que el paciente no se enfríe, manteniéndolo desnudo el menor tiempo posible y preservando su intimidad.
- Es importante la observación del paciente de la cabeza hasta los pies y que al desnudarlo este cubierto para que no se enfríe. Si tiene camión se retira primero la cabeza y después por los brazos y si hay dificultad por una venoclisis o traumatismo primero por un brazo y después por el otro siendo el miembro afectado el último en desvestirse.
- El orden para la higiene del paciente es: Ojos, cara, cuello y hombros, brazos, manos, axilas, tórax y mamas, abdomen, piernas y pies, espalda y nalgas y por último la región genital.
- Para lavar la cabeza en un paciente encamado se procede a colocar al

**paciente sobre la orilla de la cama sin almohada recostado sobre un hule alrededor de su cuello sujetándolo de manera que quede fijo. La parte distal del hule se introduce en el cubo o palangana quedando un canal que facilita la recogida del agua. Mojar la cabeza, colocar el champú, luego enjuagar y secar lo más pronto posible para que el paciente no se enfríe.**

**- Los ojos y la cara se lavan con agua sin jabón, siempre secamos después de lavar cada zona en particular. Todas las demás partes del cuerpo con agua y jabón. Se le acerca el recipiente con agua al paciente para que pueda lavarse las manos y luego se las secamos.**

**-Debemos poner especial énfasis en el cuidado de lavar y secar bien la zona submamaria en las mujeres y todos los pliegues en particular en mujeres y hombres. Lavaremos las extremidades inferiores secando bien los pliegues interdigitales.**

**-Ahora colocaremos al paciente en decúbito lateral para lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar; Cambiamos el agua, jabón y la esponja y colocamos de nuevo al paciente en decúbito supino;**

**Por último, procederemos a lavar la región genital. La higiene de los genitales la realizaremos desde la región genital a la anal (así evitaremos el arrastre de gérmenes del ano a los genitales); utilizaremos agua y un antiséptico no irritante en vez de jabón. Enjuagar y secar bien. Recordar que el aseo aumenta y mejora la calidad de vida del paciente.**

## Capítulo 3:

### Cuidados paliativos:

Los cuidados paliativos son los que realizamos a los enfermos terminales por lo cual, tienen que ser atendidos con todo el respeto y la dignidad que la situación de cada paciente lo requiere.

Cuidados paliativos en el Sistema de Salud Pública:

Perspectiva de la OMS Organización Mundial de la Salud

## Puntos clave

- Mareas de necesidades crecientes
- Cuidados paliativos como derecho
- CP como elemento del SNS
- Combinación de medidas en planes racionales: implementación de servicios específicos, reordenación, formación, legislación, estándares, opioides, financiación, monitorización de resultados

**CP: cuidados paliativos**  
**SNS: Sistema Nacional de Salud**



## **Visión Salud Pública OMS: principios**

- Cobertura: cáncer y no cáncer
- Equidad y accesibilidad
- Calidad: eficacia, eficiencia, satisfacción
- Orientación comunitaria
- Apoyo familias y cuidadores informales

## **Elementos de programas**

- Evaluación de necesidades
- Objetivos claros: contexto, cobertura, equidad, calidad, referencia, satisfacción
- Medidas: servicios específicos + medidas en recursos convencionales, accesibilidad de fármacos opioides, legislación, standards, sistemas de financiación y compra select indicators
- Education, formación e investigación
- Mejora calidad
- Combinar: Corto, medio, largo plazos, implementación, adaptación, reordenación, catalíticas
- Evaluación de resultados

## **Visión Salud Pública: necesidades**

- **Cáncer**
- **Enfermos geriátricos evolutivos**
- **Enfermedades crónicas alta prevalencia**
- **Enfermedades baja prevalencia**

## **Evaluación necesidades**

### **Básicos:**

- **Prevalencia**
- **Mortalidad**
- **Uso de recursos**
- **Opioides**
- **Demanda**

### **Estimaciones:**

- **60% of personas**
- **60-70 % cáncer**
- **Cáncer / no cáncer:  
1 / 2-3**

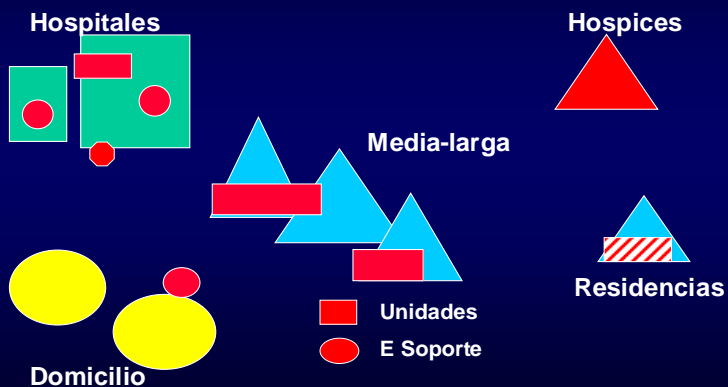
**Estimación España: 210.000 personas**

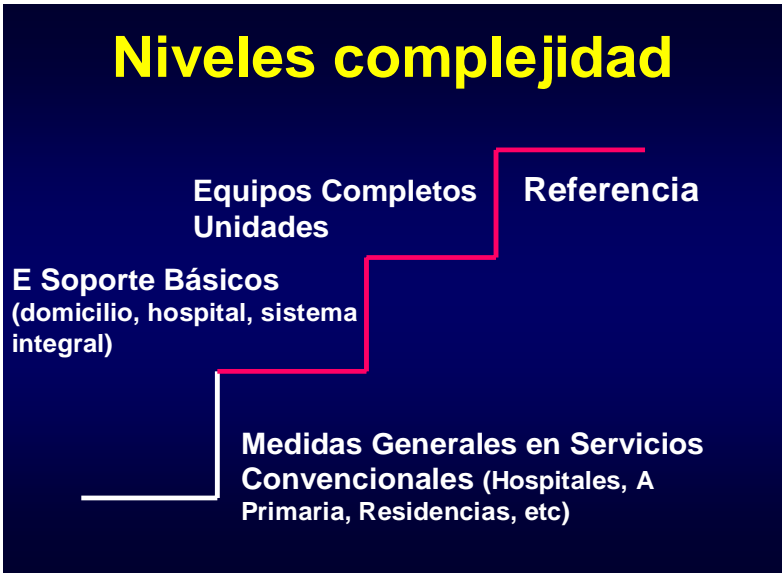


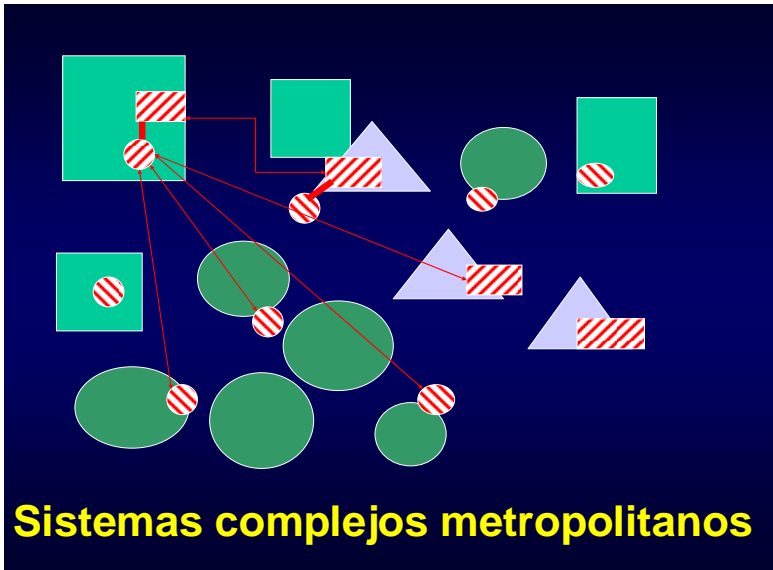
## Servicios específicos

- Enfermeras especialistas (RU)
- Equipos de soporte (Hospital, Domicilio, Sistemas Integrales)
- Unidades (Hospitales, centros sociosanitarios, hospices, residencial)
- Sistemas integrales de cuidados paliativos

## Ubicación







## Recursos necesarios

- 1 Equipo soporte accesible / sector (100.000-200.000)
- 80-100 camas / millón: agudos, media, larga estancia
- 1 Equipo soporte accesible en Hospitales
- Servicios Centros Integrales Cáncer

## **Medidas servicios convencionales**

**(Oncología, Atención primaria, geriatría,. )**

- Formación y protocolos
- Adaptación organización
- Soporte familias
- Equipo
- Decisiones éticas
- Accesibilidad y continuidad
- Aumento domicilio

## **Ventajas y límites**

## **Medidas soporte familias**

- Formación y protocolos
- Adaptación organización: acceso libre y participación en ingreso
- Aumento medidas educación, soporte y accesibilidad domicilio
- Prevención y atención del duelo
- Grupos de ayuda
- Soporte económico y laboral

## **Legislación y estándares**

- Recomendaciones SECPAL/ Ministerio Sanidad (1993)
- Normativa CCAA
- Estándares SCS y SCBCP (1993)
- Decreto/orden 1993 (Opioides) Ministerio
- Plan Nacional de Cuidados Paliativos (2001)
- Guía de criterios de calidad: SECPAL, Ministerio Sanidad (2002)
- Indicadores calidad SECPAL (2005)
- Recomendación OMC (2002)
- Recomendación Consejo Europa (2004)
- Recomendación Plan Integral Cáncer (2005)
- SEOM, SEMFYC, SEGG

## **Formación**

**Pregrado: Básico universal**

**Postgrado: Intermedio para especialidades-diana**

**Avanzada: Area Capacitación Específica**

## Monitorización resultados

- Estructura: servicios especialistas
- Cobertura (Cáncer, geriátricos, otros)
- Medidas en servicios convencionales
- Consumo Opioides
- Actividad y cobertura de formación
- Efectividad, eficiencia, satisfacción, y coste
- Uso de recursos y lugar de muerte

## Monitorización resultados

- Directorio: servicios específicos
  - Directorio + medidas generales en servicios convencionales
- **Observatorio: anteriores + datos poblacionales**

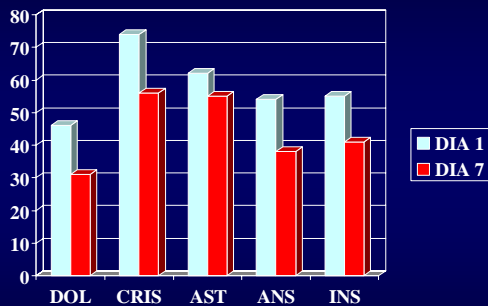
# Dilemas

- Medidas iniciales
- Ubicación
- N° (camas, equipos, etc)
- Mixtos o específicos por enfermedades
- Cobertura específica
- Jerarquía/dependencia
- Tendencias evolutivas

# Tendencias evolutivas

- Diversificación, cobertura, consolidación
- Cooperación
- Intervención precoz, Flexible y Compartida
- Cáncer / no cáncer

# Efectividad, Eficiencia, Satisfacción

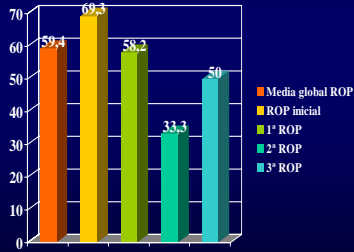
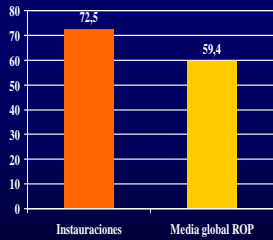


**Efectpal (111 scp): Resultados ENV días 1 y 7**

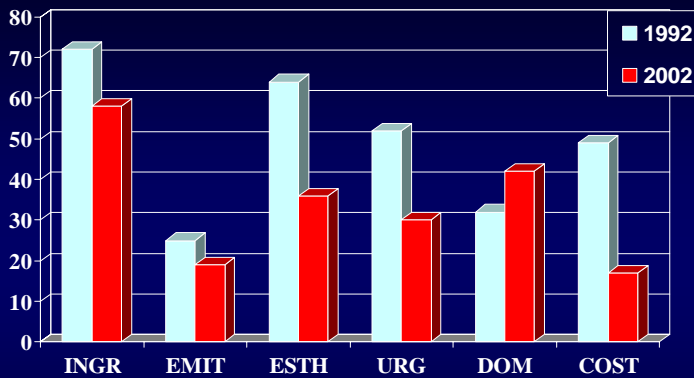
P < 0.001 R Roca, 2005



## Efectividad analgésica Rotación Opioides **Tasa de respuestas: 59%**



(JG Barboteo, 2005)



### URSPAL: Comparación Global Uso/Coste

1992-2002: 3.286 euros/proceso ( $p < 0.005$ )

## Resultados: PADES Mataró

COSTE/PROCESO 1 Mes (Ptas)

PADES: 101.530

NO PADES: 273.129

DIFERENCIA: 171.599 (+/- = 1.000 euros)

**Estimación ahorro Cataluña: 9.5 millones euros**

de Serra-Prat, Picaza et al, Palliat Med 2002

## Satisfacción

Encuesta Satisfacción CatSalut 2003:

SCP: **98** casos

Satisfacción cp: **8.3** (media global: 7.2)

Manejo información: **88%**

Manejo emocional: **90.7%**

## Documentos recientes

- [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)  
M Gysels, I Higginson
- **Palliative Care: the solid facts**  
WHO 2004
- **Better Palliative care for Older People**, WHO, 2004

## Combinación medidas

- Iniciales catalíticas
- Reordenación recursos
- Servicios específicos
- Medidas en servicios convencionales
- Planes corto, medio, y largo plazos

## **Factores críticos de éxito**

- Liderazgo compartido: Administración, profesionales, organizaciones proveedoras
- Determinación política
- Objetivos claros

**Independiente del nivel de renta  
(Canarias, Cataluña, Extremadura,  
Kerala, Chile, Uganda, Mongolia,  
Jordania, Hungría, .....)**

## **Resistencias frecuentes**

- Nosotros ya lo hacemos.....
- No tenemos dinero....
- Con formación y proceso es suficiente....
- Esto es bueno para Inglaterra, o Cataluña, o Extremadura, pero aquí somos distintos....

## **Conclusiones**

- Los cp se extienden de manera exponencial en todos los países industrializados, con todo tipo de referentes de organización avanzada
- Hay evidencia sólida de efectividad, eficiencia, y satisfacción
- Hay contenidos y experiencia que justifican claramente Area de capacitación
- Hay tendencias evolutivas constatables

**La existencia de cuidados paliativos es un indicador preciso del respeto por la dignidad**

## **Sociedad Española de cuidados paliativos: Principios Básicos**

**Los instrumentos fundamentales para responder a las necesidades de atención de los enfermos terminales y sus familiares son el control de síntomas, la información y comunicación adecuada y también un cambio en la organización que permite adaptarse a necesidades distintas y con objetivos distintos, a medida que avanza la enfermedad.**

**El equipo interdisciplinar con formación es la base fundamental para proveer una atención integral, y son las necesidades de los enfermos y familiares los que deben regir su organización práctica.**

### **I. Algunos principios generales de la organización de los Cuidados Paliativos son:**

**1. Los enfermos terminales de cáncer, SIDA, geriatría u otras causas, están ubicados en todos los recursos del sistema sanitario y socio sanitario (Hospitales, Centros socio sanitarios, Centros Residenciales y Comunidad). Por tanto, la mejora de la atención de enfermos terminales requiere medidas en cada uno de ellos.**

**2. La atención de estos enfermos requiere una gran flexibilidad y permeabilidad del sistema, para los cambios rápidos que existen en sus situaciones y demandas.**

**3. La sectorización y la conexión de los distintos recursos implicados es crucial para promover una atención continuada y de calidad, en la que cada uno de los ámbitos puede dar una respuesta correcta y sean las necesidades y los deseos del enfermo y familiares quienes definan el lugar de atención.**

**4. Para mejorar la atención de enfermos terminales, hay que combinar medidas de desarrollo de recursos específicos con otros de optimización en los recursos ya existentes, que no son antagónicos, y deben realizarse de forma gradual y sincrónica.**

### **II. Medidas útiles en recursos sanitarios existentes**

**Hay una serie de medidas a adoptar, que no requieren grandes inversiones ni son complejas. Esta recomendación puede ser útil para equipos de atención primaria, servicios oncológicos, o aquellos con una elevada prevalencia de enfermos terminales atendidos.**

**La mejora de las actitudes de los profesionales, la formación específica**

la dedicación de tiempo y espacios más tranquilos para la atención de estos enfermos, la priorización de su atención domiciliaria, el uso de documentación, la elaboración de protocolos (de síntomas como el dolor y de situaciones como la agonía) y la conexión de los recursos son algunos ejemplos.

La mejora de la relación y comunicación interdisciplinar y entre los equipos (oncológicos, hospitales, atención primaria) es también una medida que mejora la atención integral de enfermos y familiares y permite el soporte de los profesionales sanitarios.

### **III. Recursos específicos de Cuidados Paliativos**

Debido al incremento de las necesidades de atención y la complejidad de las demandas, es de gran utilidad la puesta en marcha de recursos específicos.

Definidos como aquellos equipos interdisciplinarios con formación y vocación específicas, que atienden exclusivamente y en número suficiente a enfermos terminales con criterios definidos de admisión, realizando atención integral y continuada de enfermos y familia, con uso regular de protocolos y documentación específicos, actividades regulares de trabajo interdisciplinar y soporte del equipo, y que practiquen habitualmente la evaluación de sus resultados terapéuticos, la docencia de otros profesionales y la investigación, pudiendo demostrar la eficiencia de su intervención con parámetros medibles, ya en la comunidad, en los hospitales o en centros específicos.

Las actividades habituales son:

- Atención hospitalaria
- Atención domiciliaria
- Consulta externa
- Hospital de día
- Atención del duelo de la familia
- Reuniones interdisciplinarias
- Docencia
- Investigación
- Evaluación

El proceso de construcción y consolidación de un equipo de Cuidados Paliativos es complejo, largo y laborioso. Requiere la definición clara del proyecto, la formación rigurosa y específica de sus miembros, la creación de un núcleo inicial, elaboración de un consenso interno que incluye la definición de objetivos, los roles, mecanismo de soporte, y organización práctica del trabajo. Los consensos externos, con los servicios de

**oncología en el caso de cáncer, y en todos los casos con la atención primaria, son fundamentales para el desarrollo del equipo. La duración habitual de estos procesos es de 3 a 6 años.**

**Los componentes habituales de un equipo específico completo incluyen médicos, enfermeras y auxiliares, asistentes sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, agentes de pastoral sanitario, etc., y otros. El voluntariado con formación, selección y soporte, es una excelente manera de vincular los equipos con la comunidad, y crear una atmósfera de soporte.**

**Los equipos de Cuidados Paliativos deben ubicarse preferentemente "en" o "muy cerca" de los recursos en los que estén los enfermos. En el caso del cáncer, es evidente que la colaboración desde el inicio con el Centro Oncológico es imprescindible para que los enfermos en todas las fases se puedan beneficiar de los principios de los Cuidados Paliativos, y evitar que dejen de realizarse tratamientos oncológicos específicos eficaces. La relación cotidiana con las Clínicas del Dolor es también útil para mejorar la atención de aquellos enfermos que requieren medidas intervencionistas.**

**Los equipos de soporte de Cuidados Paliativos son equipos interdisciplinares que, en hospitales o en la comunidad, atienden las situaciones más difíciles, prestan ayuda y soporte a profesionales, realizan actividades de conexión, y de docencia e investigación en su ámbito. Pueden depender de hospitales, centros sociosanitarios o atención primaria.**

**Las Unidades de Cuidados Paliativos situadas en centros específicos, o sociosanitarios o en hospitales, son necesarias para atender las situaciones más difíciles.**

**Requieren, además de la presencia de un equipo interdisciplinar completo con formación específica, una estructura física que permite el confort de los enfermos, la presencia permanente de la familia y el trabajo cómodo del equipo. La estancia media habitual es inferior a un mes.**

**Los Hospitales de Día pueden ser útiles para atender a enfermos terminales, tanto en aspectos del control de síntomas como soporte y relación, o bien para desarrollar aspectos ocupacionales y de promoción de autonomía.**



**En resumen, la organización de los Cuidados Paliativos debe incluir medidas de recursos específicos con las de la mejora de los servicios existentes, para permitir que en todos los ámbitos sea posible una atención de calidad. Existen en España referencias muy claras de cada uno de estos recursos.**

**Silvia Penedo Torres**

**[www.tcaenfermeria.blogspot.com](http://www.tcaenfermeria.blogspot.com)**

**Webs destacadas para la realización de El arte de cuidar:**

**[www.who.int.es/](http://www.who.int.es/) Organización Mundial de la Salud**

**[www.secpal.com](http://www.secpal.com) Sociedad española de cuidados paliativos**

**Libro dedicado a mi abuela María recientemente fallecida y que me cuida desde el cielo.....**

