


**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN  
CUIDADOS PALIATIVOS A LA  
PERSONA CON CANCER**



# HISTORIA Y DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados que se han prestado a través de los tiempos han estado influenciados por el contexto sociocultural y el momento histórico.

- Desde el comienzo de la humanidad los seres humanos han necesitado realizar actividades para el desarrollo y el mantenimiento de la vida.



Los hospices son definidos en muchos países como espacios diseñados para dar el mejor confort, bienestar, soporte emocional y espiritual, tanto para el paciente como a toda la familia.

- Se busca que el ambiente sea lo más parecido posible a su hogar y que puedan también estar rodeados de sus seres queridos para así continuar con su vida familiar y morir con dignidad.

# Finales del siglo XIX.

Hasta entonces el médico fungía como un gran cuidador.



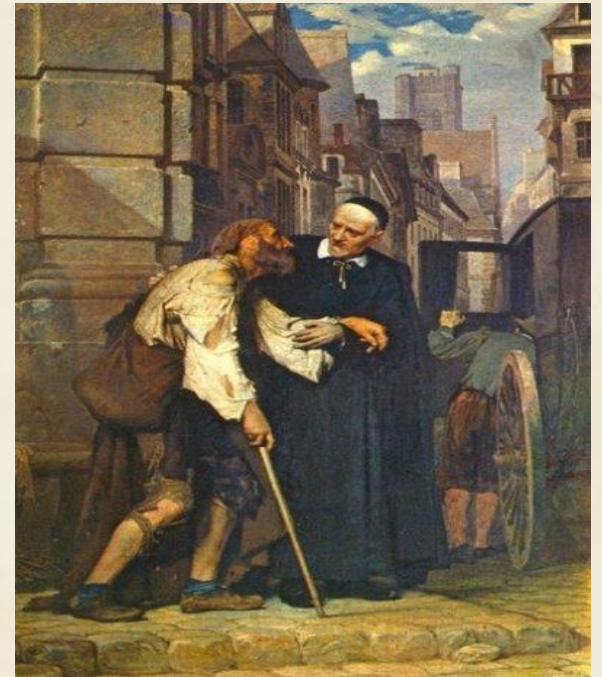
Cambia para asumir un papel autoritario y paternalista, pues los pacientes ya no estaban en “manos de Dios”, sino en las suyas.



Al médico se le enseñó a curar,  
por lo que los enfermos  
moribundos perdieron  
importancia médica, ya que  
no se podía hacer nada por  
ellos.



- San Vicente de Paúl, entre 1581 a 1660, crea hospicios en toda Francia destinados a gente de escasos recursos económicos.





- En Roma, Fabiola, una discípula de San Jerónimo, funda el primer hospital en el año 400 con el fin de atender a todos los peregrinos que llegaban a Ostia.




En el año de 1842, el término hospice fue utilizado por primera vez para referirse al cuidado de pacientes terminales en Lyón, Francia.



- Tiene sus raíces en el latín y proviene de hospes que significa huésped.



- 
- En 1899, en la ciudad de Nueva York, Anne Blunt Storrs funda el Calvary Hospital.

- En la actualidad esta institución continúa atendiendo a pacientes terminales de cáncer, utilizando los cuidados paliativos.

- Se considera que Alfred Worcester fue uno de los pioneros modernos de los cuidados paliativos




- En 1935 señala en su libro la necesidad de adoptar una actitud mas humanitaria hacia la muerte y los moribundos.

- **Desarrollo de hospices en Londres**
- En 1996 comienzan a surgir nuevos centros con el nombre de movimiento hospice.




- Para estas fechas logró tener 217 unidades hospitalarias con una capacidad de 3,215 camas, sólo para enfermos terminales.





Desde 1970 tres hechos fueron importantes para poder determinar los Cuidados Paliativos:

- 1. Se desarrolla la visita domiciliaria.
- 2. El cuidado al paciente en centros de día.
- 3. Equipos de soporte en los hospitales.



# Los cuidados paliativos en Canadá, Estados Unidos y España

- **Canadá:** Winnipeg y Montreal introdujeron el concepto de Unidades de Cuidados Paliativos dentro de los hospitales para enfermos terminales.
- **Estados Unidos.** Los Cuidados Paliativos entran en el sistema público de Salud Medicare.
- **España.** En los años ochentas se desarrolla la Medicina Paliativa con profesionales que toman conciencia que se puede cuidar de otra forma al paciente terminal.

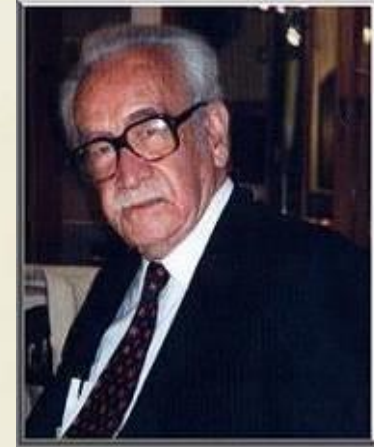


<b>Año</b>	<b>Lugar</b>	<b>Tipo de centro</b>	<b>Persona</b>
400	Ostia	<i>Hospicio en el puerto de Roma</i>	Fabiola, discípula de San Jerónimo
-	Europa	<i>Hospicios y Hospederías medievales</i>	Caballeros Hospitalarios
1625	Francia	<i>Lazaretos y Hospicios</i>	San Vicente de Paúl y las Hijas de la Caridad
1842	Lyon	<i>Hospices o Calvaries</i>	Jean Granier y la Asociación de Mujeres del Calvario
-	Prusia	<i>Fundación Kaisenverth</i>	Pastor Flinder
1879	Dublín	<i>Our Lady's Hospice</i>	Madre Mary Akenhead y las Hermanas Irlandesas de la Caridad
1872	Londres	<i>The Hostel of God (Trinity Hospice). St. Luke's Home y otras Protestant Homes</i>	Fundaciones protestantes
1902	Londres	<i>St. Joseph's Hospice</i>	Hermanas Irlandesas de la Caridad
1967	Londres	<i>St. Christopher's Hospice</i>	Cicely Saunders
1975	Montreal	<i>Unidad de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital</i>	Balfour Mount



# Clínicas de dolor y cuidados paliativos en México

- El fundador de las “Clínicas de Dolor” en la ciudad de México es el Dr. Vicente García Olivera, quien fue entrenado en Estados Unidos por el Dr. John Bonica.




- **1972.** Inicia la Clínica de Dolor en el Instituto Nacional de la Nutrición Cd. de México, bajo la responsabilidad del Dr. Ramón de Lille Fuentes.




- 1992. En el Hospital Civil de Guadalajara (Juan I Menchaca) se instala la primera “Unidad de Cuidados Paliativos” por el Dr. Gustavo Montejo Rosas.



- Otras Clínicas de Dolor y escuelas de más reciente formación en Cd. de México son: el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, el Hospital Infantil de México “Federico

- 
- 1999. En Guadalajara, Jalisco da inicio el Centro Universitario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, bajo la dirección de la Dra. Gloria Domínguez Castillejos.
  - Auspiciado por la Universidad Autónoma de Guadalajara.



- 
- 2002. En agosto abre sus puertas “Hospice Cristina”, institución privada primera en su tipo en la República Mexicana.
  - Utiliza en todo su contexto el movimiento hospices creado por Cicely Saunders; es único en su género.

- Fue fundado por la enfermera Beatriz Montes de Oca Pérez, actual directora



- 2000. Inicia el proyecto del Instituto PALIA con el Dr. Guillermo Aréchiga Órnelas, que pertenece a la Secretaría de Salud Jalisco.

+

2004. En diciembre abre sus puertas Hospice México, asociación hermana del Hospice Cristina, pero con sede en el Distrito Federal.



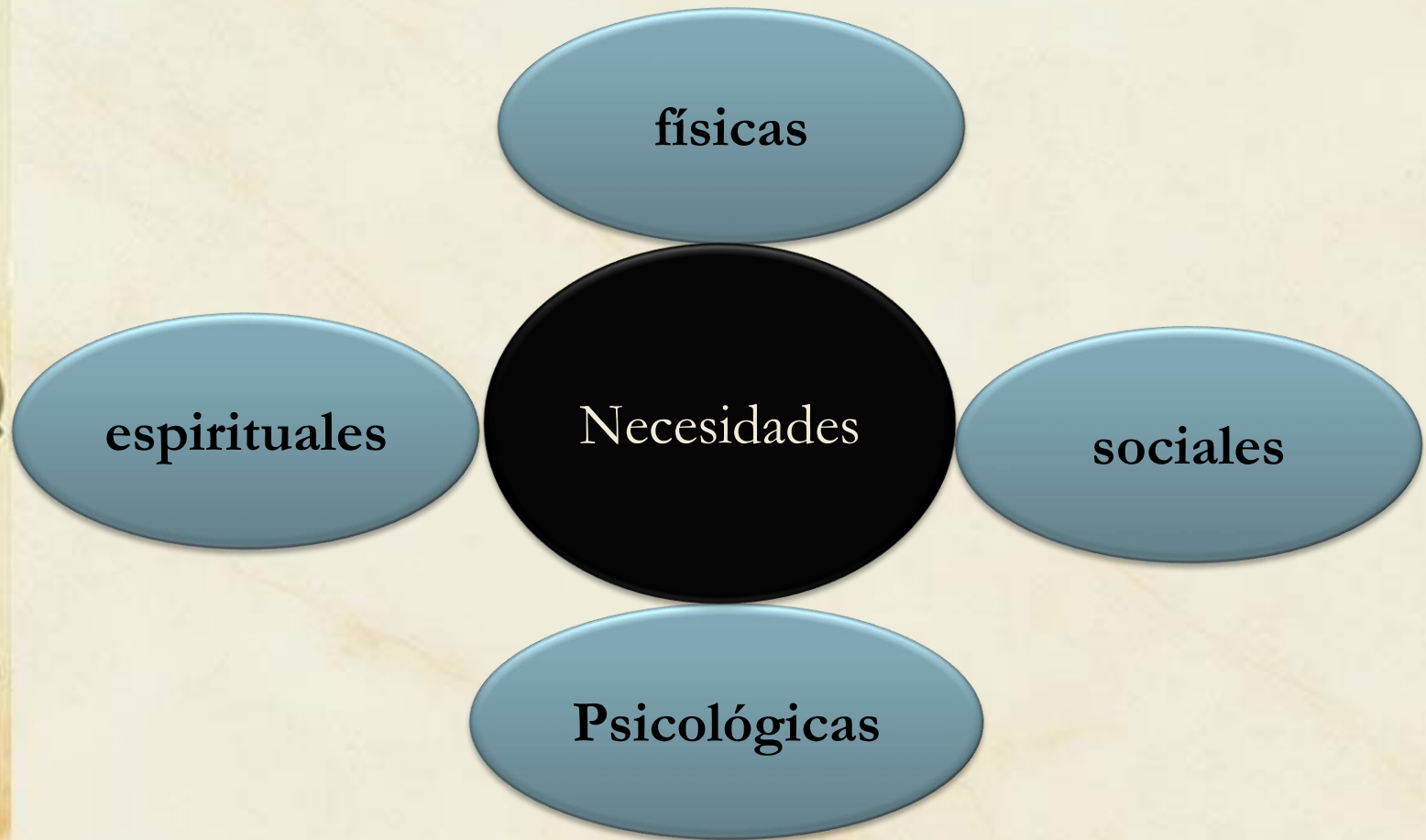


# CUIDADOS PALIATIVOS

- Asistencia total y activa a los pacientes y a sus familias por un equipo multiprofesional , cuando no hay esperanza de curación y el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida sino asegurar la máxima calidad de vida posible.



El concepto incluye la satisfacción de :





# OJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- Mantener al paciente cómodo y libre de síntomas , que se sienta confortable aunque no pueda expresarlo.
- **Bases terapéuticas:**
  - Atención integral
  - El paciente y la familia son la unidad a tratar.
  - La promoción de la autonomía y la dignidad.
  - Actitud rehabilitadora y activa.



- Importancia del ambiente.
- Control de síntomas
- Apoyo emocional y comunicación.
- Cambios en la organización.
- Equipo interdisciplinar.



# UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS (U.C.P)

- Las U.C.P son servicios especializados que funcionan dentro de los hospitales generales o asociados a ellos para aceptar pacientes que:
- Sobrepasen las posibilidades de control por el médico, por dolor u otros síntomas invalidantes , antes de la fase terminal y durante esta cuando sea menor de 3 meses la supervivencia.



- Sufran enfermedades progresivas activas y avanzadas , donde la prioridad sea el cuidado de la calidad de vida.



- Precisen ingreso temporal por un gran impacto emocional y deterioro del sistema de apoyo familiar y del equipo domiciliario.





# LA UNIDADES DE ASISTENCIA DOMICILIULO (U.A.D)

Están destinadas a cubrir el espacio vacío que queda entre la atención primaria y la unidades de cuidados paliativos hospitalarias



## Funciones de los profesionales que componen el equipo U.A.D:

- Controlar y modular la toma de medicación hasta la muerte en su propio domicilio.
- Reunir al personal y a los medios dedicados a ofrecer una asistencia continua y organizada.



- Adiestrar a la familia en técnicas de enfermería simples para facilitar la higiene , cambios posturales , curas, alimentación del paciente, etc.
- Evaluar la necesidad de ingreso la U.C.P. si el control de los síntomas en el domicilio fuera insuficiente.





# ENFERMEDAD TERMINAL

la enfermedad terminal es aquella que se manifiesta como un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta al tratamiento específico, con síntomas multifactoriales, y pronóstico de vida no mayor a seis meses.



# Elementos fundamentales:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.



- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico



- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.



- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.



- Pronostico de vida inferior a 6 meses.



- Fundamental **NO** etiquetar de enfermo terminal a un paciente potencialmente curable.

# BASES TERAPEUTICAS PARA LA ATENCION EN LA ENFERMEDAD TERMINAL

- Atención integral.
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar.
- La promoción de la autonomía y de a dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas.
- Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el “no hay nada mas que hacer”.
- Importancia del ambiente.






## Instrumentos básicos de los cuidados paliativos:

- Control de síntomas.
- Apoyo emocional y comunicación.
- Organización interdisciplinar.
- Adaptación flexible a los objetivos cambiantes del paciente.
- Evaluar antes de tratar.
- Explicar causas de síntomas en términos que el paciente comprendas.



- 
- La estrategia terapéuticas a aplicar siempre será mixta.
  - Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados.
  - Minimizas los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican.

# BIBLIOGRAFIA

Espejo Arias M.D, Cuidados paliativos, Madrid-España, Difusion Avances de Enfermeria, 2000 P. 41-48.

- Cuidados paliativos (10 de abril 2006 • Volumen 7 Número 4 • ISSN: 1067-6. visitado el 3 de agosto de 2010) disponible en internet desde: [http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr\\_art23.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf)
- Enfermedad terminal (España 2008).. visitado el 01 de agosto de 2010) disponible en internet desde: <http://www.secpal.com/>