

COMISIÓN DEONTOLÓGICA

Unidad de Cuidados Paliativos

La Comisión Deontológica del Colegio de Enfermería dedica este año su actividad formativa e informativa al tema “MUERTE DIGNA”.

En el mes de octubre, se inició con un artículo en la revista A3 por parte de Bella (Vocal de la Comisión). Posteriormente, Enrique (Presidente) expuso el marco normativo existente. En diciembre se trataron diferentes conceptos relacionados con muerte digna (Aguas Vivas, Secretaria de la Comisión). En el último número Virginia (Vocal) ha tratado el Testamento Vital.

Una vez sentadas las bases, este artículo trata de ahondar en los Cuidados Paliativos y en la estructura de las Unidades destinadas a este tipo de cuidados.

En primer lugar debe quedar claro en la mente de los profesionales sanitarios que los cuidados paliativos se establecen de cara a mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares que se enfrentan a enfermedades con riesgo vital, mediante el alivio del dolor y los síntomas que producen sufrimiento, ofrecen al mismo tiempo un apoyo espiritual y psicosocial, desde el diagnóstico hasta el final de la vida y el duelo, no proponen acelerar el proceso de la muerte ni retrasarlo.

Las necesidades de los pacientes susceptibles de Cuidados Paliativos y de sus familias son diversas y evolucionan a lo largo del tiempo, por ello deben comenzar en la fase temprana de diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con tratamientos curativos.

Los criterios propuestos en la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud para la definición de paciente con enfermedad en fase avanzada terminal han sido:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitado.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos (pacientes oncológicos)
- Persistencia de los síntomas pese a la optimización del tratamiento (pacientes no oncológicos)
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda y uso de recursos.

La mayoría de los programas y estrategias contemplan diversos niveles de atención:

A. Cuidados paliativos básicos primarios, hacen referencia a aquellos que deben proporcionarse a todos los pacientes tanto en atención primaria como especializada. Cualquier servicio sanitario puede prestarlo para mejorar la atención de pacientes terminales y sus familias.

B. Cuidados paliativos específicos especializados o avanzados, incluyen diversos tipos de intervención de los equipos de cuidados paliativos ante situaciones complejas.

Son prestados por una organización y gestión diferenciados del resto de servicios asistenciales, con profesionales que tienen formación avanzada en este tipo de asistencia: Equipos de soporte domiciliario (ESD) y equipos de soporte hospitalario (ESH).

C. Algunos autores denominan tercer nivel a la atención hospitalaria en Unidad de Cuidados Paliativos.

Las formas organizativas más habituales son el equipo de soporte de cuidados paliativos y la unidad de cuidados paliativos:

Equipo de soporte de cuidados paliativos: pueden intervenir en el ámbito domiciliario (ESD), hospitalario (ESH) o en ambos (mixto). Las áreas de intervención prioritarias son alivio de síntomas, comunicación y apoyo emocional, soporte en decisiones éticas y conexión entre diferentes recursos.



Las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) se definen como una organización de profesionales sanitarios que ofrece atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia, que incluye necesariamente la hospitalización en camas específicas.

Deben cumplir una serie de requisitos: funcionales, estructurales y organizativas que garanticen las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia, para realizar esta actividad.

Según el SNS la tipología de una UCP puede ser:

- De agudos, integrada en Hospital de pacientes agudos. El tamaño de la unidad, puede moverse entre un mínimo de 8-12 camas a un máximo de alrededor de 24 camas. Las características principales de la UCP en hospitales de agudos son: la tasa de mortalidad es baja, estancia media corta (<14 días) máxima complejidad e inestabilidad de problemas físicos; pacientes con fase muy avanzada y terminal de su enfermedad o con gran sintomatología en estadios más precoces, referidos frecuentemente desde otros servicios o unidades del hospital a través de los ESH; aportan precisión diagnóstica, monitorización y tratamiento intensivo. Cuentan con el apoyo de servicios específicos para el tratamiento de síntomas complejos (por ejemplo, unidad de tratamiento del dolor); están dotadas de un equipo de CP altamente especializado.
- De media y larga estancia, no están físicamente integradas en un hospital de agudos. Tiende a tener 20-30 camas y proporciona un programa integral, personalizado y flexible a los pacientes, pudiendo facilitar un ambiente físico e instalaciones más próximas al entorno familiar y social de los pacientes, acorde a la situación clínica menos compleja del paciente. Características: la tasa de mortalidad es alta (> 80%), y la estancia media-larga (14-30 días), los pacientes son más ancianos y en general menos complejos que en la UCP de hospitales de agudos.

La UCP debe estar integrada en una red de servicios de Cuidados Paliativos, que garantice la continuidad de la atención entre el domicilio, la asistencia sanitaria aguda, los cuidados paliativos y los recursos de media-larga estancia, y facilitar un programa integral y continuado de servicios para los pacientes y sus familias desde el diagnóstico hasta la muerte y, por tanto, con los distintos recursos de servicios especializados de CP (equipos de soporte domiciliarios y hospitalarios).