

REVISIONES

104

M.R. Aparicio Casals¹
A. Martorell Poveda²

Atención domiciliaria al enfermo terminal

1 Profesora Titular interina de Enfermería Comunitaria
2 Profesora Titular interina de Enfermería Geriátrica
Escuela Universitaria de Enfermería,
Universidad "Rovira i Virgili"
Tarragona

Correspondencia:
M.R. Aparicio Casals
C/ Sta. Joaquina de Vedruna 16-b-2ª-4ª
43002 Tarragona

RESUMEN

El presente artículo hace una revisión de la atención en el domicilio de los enfermos terminales, y como ésta, ha de integrarse en el programa de visita domiciliaria del centro de salud de referencia. Esta atención comporta de una protocolarización que permita una actuación unificada y adecuada por parte de los profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE

Enfermo terminal; Atención domiciliaria.

ABSTRACT

The following article revises the attention at home of the critically ill patients, and how it has to be integrated in the program of domiciliary visits of the referenced health centre. This attention implies some formalities which allow the sanitary professionals a unified and suitable intervention.

KEY WORDS

Terminally ill patient; Domiciliary attention.



INTRODUCCIÓN

La potenciación y desarrollo de la Atención Primaria de Salud sitúa a la Atención domiciliaria entre las funciones básicas del equipo y entre los programas prioritarios de salud y bienestar social. Es una atención sanitaria y social de cuidados de promoción, preventivos, asistenciales y de rehabilitación que posibilita la continuidad de los cuidados mediante la coordinación entre niveles asistenciales, recursos humanos y de la comunidad.

La Atención en el domicilio de los enfermos terminales está integrada en el programa de visita domiciliaria del Centro de salud. Para que esta pueda llevarse a cabo es necesario conocer: el *entorno familiar* (si puede quedarse en casa), los *recursos que dispone la comunidad* (trabajadores familiares, voluntariado, préstamo de sillas, colchones de agua...); es preciso una *implicación familiar* (deseos de que el familiar se quede en casa, interés en participar en los cuidados), *cuidados programados* por todos los implicados y una *coordinación del equipo*, ya que el enfermo terminal en el domicilio necesita una atención las 24 horas, esto no quiere decir que nos demande la totalidad de éstas, pero sí que en caso de empeorar su estado la familia necesita saber a dónde y a quién puede acudir.

Esta atención comporta una protocolarización que permite seguir una pauta de actuación unificada y consensuada entre los profesionales que van a utilizarla. antes de pasar al protocolo de Atención es necesario definir: enfermo terminal, familia, equipo, criterios de inclusión.

Enfermo terminal

Se entiende por enfermo terminal aquel que su enfermedad progresa y tiene un promedio de vida de tres a seis meses. Este tiempo comporta cambios importantes a nivel físico, -deterioro e incapacidad-, a nivel psico-emocional,- de negación, hostilidad, depresión- etapas que, según Kübler Ross, experimentan particularmente estos enfermos, aunque la realidad es que no todos las pasan de la misma forma. Se pasa de una medicina curativa a unos cuidados de acompañamiento y apoyo. Estos enfermos, en general, son adultos y viejos pero también pueden ser niños comportando, en este caso, niveles de angustia y ansiedad superiores a nivel familiar y de equipo sanitario.

La familia

Más que definir lo que es una unidad familiar nos interesa conocer los recursos de la familia, disposición de tiempo, relaciones entre los miembros y la capacidad para cuidar a un enfermo terminal. Si la familia desea que muera en casa, normalmente pueden subsanarse todos los problemas que vayan presentándose.

El equipo

Los enfermos terminales comporta una reflexión personal a nivel de cuidados ya que éstos se dirigen a ayudar en el final de la vida y no a luchar contra una enfermedad haciendo que esto se viva muchas veces como fracaso profesional y miedo a la propia muerte.

Para poder acompañar y ayudar a estos enfermos debemos prepararnos a nivel técnico y psico-emocional, para saber como manejar situaciones de gran carga emocional.

Es imprescindible que la familia, el enfermo y el equipo se encuentren en estrecha colaboración.

Criterios de inclusión

El incluir o no un caso en el equipo de AP vendrá determinado por: que pertenezcan a la zona de salud, que la familia y el enfermo deseen estar en casa y que el estado actual del enfermo lo permita.

ATENCIÓN AL ENFERMO TERMINAL

La atención en el domicilio comporta los siguientes pasos.

Identificación de la población susceptible

La identificación de estos enfermos desde un Centro de salud puede ser por dos vías:

a) Enfermo ya conocido y que ha sufrido un deterioro progresivo o que a través de un diagnóstico puntual le dan poco tiempo de vida.

b) Enfermo no conocido, ya que actualmente en los Centros de salud no se conoce a toda la población, y que hay una demanda por parte del hospital, asistencia social. Ayuntamiento.

106

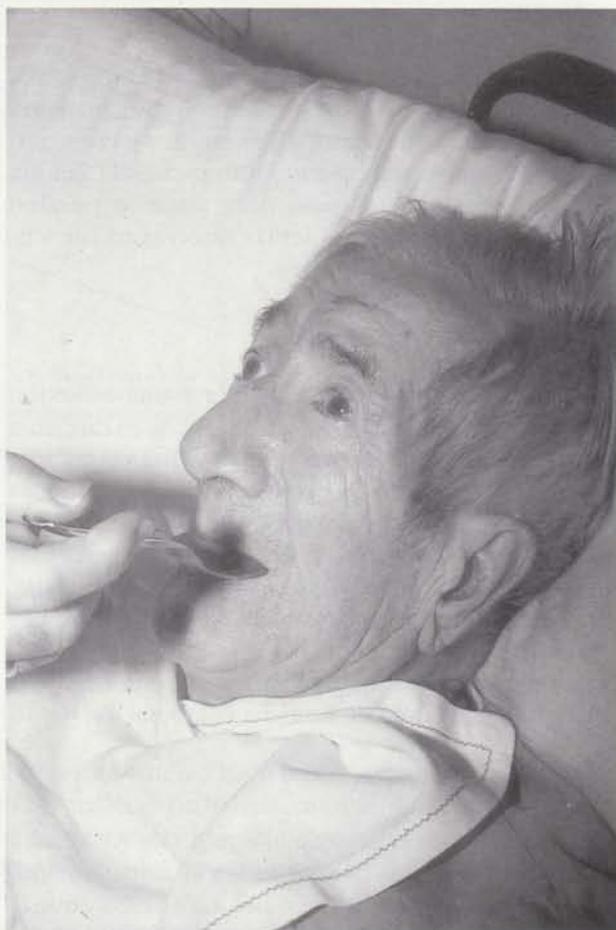


Figura 1.

Coordinación

El desarrollo en la práctica de dichos programas implica la adecuada coordinación entre los profesionales, otros niveles asistenciales y recursos comunales. Esta coordinación debe ser estrecha y sistemática, determinando de antemano los criterios.

Coordinación externa

En este apartado se incluye el contacto que debe mantenerse con las Instituciones, personal sanitario (enfermeras, médicos, cirujanos...) y con otros profesionales (asistentes sociales, trabajadoras familiares, voluntarios). La coordinación se mantendrá mediante reuniones programadas o urgentes estable-

ciendo los criterios consensuados por todos los participantes.

Coordinación interna

Se da entre los profesionales que intervienen en el programa diseñando instrumentos de coordinación.

La historia clínica: debe ser el instrumento de comunicación entre profesionales que atienden al enfermo en el domicilio, en ella debe incluirse, valoración inicial del enfermo y la familia y todo lo que vaya realizándose en el seguimiento, servirá para conocer y comentar en las diferentes reuniones la situación en la que se encuentra el enfermo.

Horario: está integrado dentro del horario general, debe especificar el tiempo destinado a las visitas, reuniones de coordinación externa e interna.

Otros registros: ficha de edad y sexo, libro de registro, planificación semanal y diaria de las visitas...

Desarrollo de las visitas

A partir de la primera visita que se utiliza para conocer la situación actual, las sucesivas serán programadas según necesidades del enfermo y la familia. Las actividades irán encaminadas a la identificación del enfermo en su lugar de pertenencia entre los suyos, reconociendo su propia identidad, lo que ha sido durante toda su vida. El equipo está a su disposición ayudando a él y a la familia a afrontar situaciones presentes y futuras.

Objetivos

- Control de signos y síntomas
- Satisfacción de necesidades.
- Prever los acontecimientos que se producirán.
- Dar información y contestar a las preguntas.

Control de signos y síntomas

Las actividades de enfermería, para cumplir este objetivo, irán encaminadas al cubrimiento de las necesidades básicas de la persona, las necesidades fisiológicas son las que primero hay que satisfacer: higiene, cuidados de la boca, de la piel, alimentación dándole lo que desee y no esté contraindicado, esmerándose en la presentación y buscando el máximo confort, valoración especial del dolor, averiguando si éste es dolor físico o sufrimiento psicológico, aunque a veces es difícil discernir, y actuar en consecuencia.



En todas estas actividades la participación de la familia es muy importante ya que se está haciendo todo lo que la medicina puede aportar respetando la dignidad del paciente.

Según enfermeras que están trabajando con este tipo de enfermos en el domicilio *cuanto más participa la familia mejor se elabora el duelo.*

Prever acontecimientos

Los acontecimientos previsibles a nivel físico son el deterioro progresivo y a nivel psico-emocional las fases por las que pasa el enfermo y la familia durante el proceso. Enfermería debe ayudar a hacer frente a estas situaciones. En la etapa final es importante aclarar los motivos por los que no requiere alimentación, o agua, ya que un aumento de la ingesta hídrica puede favorecerle el aumento de secreciones o vómitos, explicando los cuidados de boca y ojos a nivel local y haciendo hincapié en que la hidratación endovenosa de mantenimiento disminuye la sensación de sed y que en algunos casos es beneficiosa. Explicar porque hay suspensión de algunos tratamientos, y que solo se mantendrán aquellos que mejoren la comodidad de la persona. Explicar también la necesidad de respetar el aislamiento, y la intimidad esto no quiere decir que deban dejarlos siempre solos. En el momento del fallecimiento la familia debe saber a quién acudir, tener la seguridad de que no están solos, qué trámites legales deben hacerse, (certificado de defunción, funeraria...). Toda esta información mejora la situación de angustia del momento.

Dar información y contestar a las preguntas

La información irá encaminada hacia:

El enfermo: explicándole todo lo que se hace y lo que es mejor para él, en este punto se plantea la duda de si hay que decir o darle toda la información al enfermo. Es importante la comunicación, escuchar, entender, comprender dándole la información que precise, para ello es necesario conocer qué sabe de su enfermedad y valorar que es lo que realmente quiere saber, cómo y cuándo. El mismo nos marcará la pauta a seguir. Hay que tener en cuenta que el conocimiento de la verdad permite al enfermo ordenar sus asuntos, poder expresar sentimientos, emo-

ciones, hacer un balance de su vida, arreglar asuntos pendientes. Nuestra actitud es la de estar disponible.

La familia: también necesita ayuda para atravesar las distintas etapas de adaptación a la enfermedad, son similares a las del enfermo, por lo que debemos actuar igual que con el enfermo dando la información que precise y contestando a las preguntas que nos hagan, aunque éstas sean reiterativas.

EVALUACIÓN

La evaluación debe realizarse desde dos puntos cuantitativo y cualitativo.

Cuantitativo

- Nº de personas atendidas por edad, sexo y período.
- Nº de visitas por paciente.
- Nº de personas muertas en el domicilio u hospital.
- Nº de visitas realizadas por cada profesional.
- Nº de reuniones realizadas con el equipo.
- Nº de reuniones con las instituciones externas.
- Nº de llamadas urgentes.

Esto es un ejemplo de algunas de ellas.

Cualitativo

Esta valoración lleva implícito el grado de satisfacción del equipo y las familias atendidas. Entre el equipo la satisfacción viene dada por la motivación por el trabajo realizado. En cuanto a los familiares la satisfacción es expresada con regalos, cartas al periódico local y comunicación a la dirección del Centro de su agradecimiento.

CONCLUSIÓN

Enfermería debería formarse en este campo para actuar de forma apropiada y esta formación no sólo es teórica si no que cada situación nos da más experiencia y la seguridad de que actuamos correctamente.

Las familias con una información adecuada utilizan el servicio correctamente, es decir llamadas urgentes son realmente urgentes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Astudillo W, Mendunueta C, Astudillo E. Asistencia a la familia ante una muerte esperada. *Rev de medicina de la Universidad de Navarra*, julio-septiembre 1992:41-44.
- 2 Departament de Sanitat i Seguretat Social. *L'Atenció Sòcio-sanitària. Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut a Catalunya*. Barcelona 1991:214-217.
- 3 Fores M, Lacasa C, Ris H. El programa d'atenció domiciliària en un EAP. Elements del programa marc. *Salut Catalunya* 1992;**6(3)**:95-99.
- 4 López M. La enfermería ante el enfermo moribundo. *Salud y ciencia* 1990;**1**:193-196.
- 5 Martín Zurro A, Argimón JM, Jiménez J. Reflexiones sobre la programación en atención primaria. *Atención Primaria* 1991;**8**:363-366.
- 6 Maymo N, Ribas A, Juncadella L y cols. Programa d'atenció domiciliària. *Salut Catalunya* 1991;**5(2)**:85-90.
- 7 Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo. Enfermería y sociedad. Barcelona 1989.
- 9 Torra JE. Atención domiciliaria y atención primaria de salud. *Rev Rol de enfermería* 1989;**125**:37-43.