

El rincón del Buen Samaritano

Secretariado de Pastoral de la
Salud
Archidiócesis de Toledo

Contenido:

Página 1:

- Encuentro PROSAC.

Página 2 y 3:

- Paciente crítico y/o
terminal

Página 4:

- Testimonio
- Actividades
- Contacto



ENCUENTRO DE PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS

PROSAC- ABRIL

VOCACIÓN Y LABOR DEL PROFESIONAL SANITARIO ANTE EL ENFERMO CRÍTICO Y/O TERMINAL

Doctor D. Fernando Viejo Lorente
Enfermera Dña. María Jesús Ibáñez



- DIA: 27 de abril de 2019
- HORA: 10:30 AM
- LUGAR: Casa Diocesana de Ejercicios "El Buen Pastor". Ronda de Buenavista 5
45005-TOLEDO
- DESTINATARIOS: Profesionales sanitarios y colaboradores de la Pastoral de la
Salud

PACIENTE CRITICO Y/O TERMINAL

1.- ¿Es lo mismo paciente crítico que terminal?

No es lo mismo y tiene importancia su diferenciación puesto que se abordan desde perspectivas sanitarias diferentes.

En el enfermo crítico se justifica una actitud terapéutica habitualmente intensa para conseguir su curación, sin embargo en el enfermo terminal se prioriza en su cuidado, confort y no su curación que por desgracia no podrá conseguirse.

Intentamos ahora ahondar un poco en la diferenciación de los conceptos, a veces difíciles de comprender fuera del ámbito sanitario.

- Un enfermo crítico se considera aquel que está gravemente enfermo por alguna patología que se acompaña de un mal funcionamiento de algún órgano vital (corazón, riñón, hígado, etc...) que puede poner en riesgo su vida. Además de lo dicho hasta ahora, el enfermo crítico debe tener alguna opción de curación por muy pequeña que sea. El lugar del Hospital donde suelen estar cuidados es la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), allí se les vigila estrechamente, se hace una medicina intensiva con gran cantidad de medios tecnológicos, humanos.
- El paciente terminal es un enfermo que por la naturaleza de su enfermedad progresiva e incurable tiene una corta expectativa de vida, tradicionalmente se ha considerado el plazo de 6 meses. Es difícil establecer un plazo, pues sabemos que en medicina no hay enfermedades sino enfermos, sería un plazo orientativo basado en lo que la evidencia médica en casos similares establece. En el enfermo terminal se consideran habitualmente contraindicados tratamientos invasivos molestos, medidas de soporte artificial que podrían originarle daño o alargamiento de supervivencia sin esperanza de curación a costa de gran sufrimiento y dependencia de esas medidas.
- Los médicos y el personal sanitario, deberán aceptar con humildad limitaciones de la medicina y contemplar otras esferas importantes para el bienestar del enfermo que rebasan el plano estrictamente médico, como son aspectos de funcionalidad, área psicológica, espiritual, soporte social o familiar, etc.

2.- ¿Qué se puede hacer ante una enfermedad incurable?

Ante una enfermedad incurable se pueden tener estrategias de contención de la enfermedad, dicho en otras palabras; que la enfermedad frene su desarrollo y además paliar los síntomas (dolor, funcionalidad, autocuidado, daño moral o psíquico, etc.).

Existen muchas enfermedades que no son curables, algunas de tipo oncológico, pero hay otras muchas de tipo inflamatorio, degenerativas, etc. tienen en común que a veces se puede frenar su desarrollo y aprender a convivir con ellas, paliando sus síntomas, potenciando su bienestar, mientras sea posible. La prioridad podría ser que el enfermo terminal viva la vida con la mayor plenitud que

las circunstancias le permitan.

3.- ¿Todos los enfermos reaccionan igual ante un mal diagnóstico o pronóstico?

Cada persona es un mundo y su forma de afrontar las malas noticias o un diagnóstico o pronóstico desfavorable es muy variable.

Existen personas que lo afrontan con gran racionalidad y pragmatismo, otras mostrarán angustia y desesperanza. Existirán personas que intenten mantener un tono vitalista, otros entrarán en una fase más reflexiva y de recogimiento, habrá fases para la negación de la realidad, épocas de enfado y enojo con la situación, angustia, aceptación, etc... cada persona reaccionará de una manera diferente y también una misma persona en diferentes etapas.

Tener miedo es «lo normal», los miedos del enfermo, suelen ser compartidos o ser comunes con los de los cuidadores o personas allegadas, además son incluso necesarios para superar la etapa que están viviendo. El tener miedo y angustia no debe avergonzar a nadie, son síntomas normales y sirven en una etapa adaptativa en la que se irá evolucionando y con ayuda se podrán superar.



4.- ¿Qué puede hacer el cuidador en las distintas fases?

El cuidador debe intentar acompañar a dicha persona enferma, la mayoría de las veces con una actitud de comprensión y acompañamiento bastará, debe mostrar la mayor normalidad posible.

El cuidador no podrá seguramente ejercer de terapeuta o dar el apoyo psicológico necesario, pero si podrá transmitir, cariño y apoyo, puede ser necesario acudir a un especialista, también se pueden beneficiar de tener un abordaje espiritual, pues como seres trascendentes, el área espiritual puede ejercer un efecto beneficioso para sobrellevar una mala situación. Aun así muchas personas rechazarán dicha esfera y es respetable contemplar las opciones de cada uno.

Muchas personas con un diagnóstico y pronóstico desfavorable prefieren que se les trate con la mayor normalidad posible.

Probablemente una etapa final de vida no pueda aceptarse fácilmente por la mayoría de las personas, hay que huir del tópico de calificar una forma adecuada o no de aceptarla.

Una fase de negación de la enfermedad es común observar en los enfermos terminales o que han recibido un pronóstico desfavorable. No hay que empeñarse en neutralizar esa negación, pues es un

mecanismo adaptativo, salvo que conlleve alguna actitud contraproducente o una falta o exceso de tratamiento desaconsejados.

Es bueno escuchar, probablemente tenga momentos de recuerdo de su vida que debamos atender, así con ello muchas veces se da valor a su historia vital. También puede ser oportuno tratar algunos temas como son sus deseos para los cuidados últimos, si desea que sea en el Hospital, en domicilio, si aceptaría medidas paliativas de tratamiento de dolor o angustia. En enfermos que no tienen sus voluntades anticipadas descritas, vale con su testimonio expresado de forma serena y con antelación a dichos momentos finales.

No se suele recomendar el ocultamiento al enfermo de la información relativa a su enfermedad. Con frecuencia ese secreto, ese silencio pactado entre allegados (conocido como "conspiración del silencio") conlleva una sobrecarga emocional para todo el entorno y una dificultad para hablar cada día de los síntomas y acontecimientos que tiene lugar para el enfermo, producto de la evolución natural de la enfermedad. Hay casos excepcionales en los que el propio enfermo pide que no se le informe de nada, esa situación es especial y se tiene que tener en cuenta, aunque no es deseable. Lo ideal es que el enfermo terminal comprenda la situación, los cambios que experimenta, y se pueda preparar en lo físico, en lo espiritual, a veces en cuestiones económicas o legales con antelación, es dueño de su tiempo.



5.- ¿Cuál es el ámbito más apropiado para este tipo de enfermos?

El ámbito más apropiado debería ser el entorno habitual del enfermo, es un contrasentido que al final de la vida, si ésta es previsible, se tengan los cuidados últimos en un medio muy tecnificado, con acceso limitado a los seres queridos como en las unidades de cuidados intensivos (UCIs), sino más bien en el entorno más amigable y cercano, rodeado de sus seres queridos. Ese es el ideal, pero no es tan sencillo. Muchas veces los cuidados paliativos que requieren los enfermos precisan de un entorno sanitario que proporcione el acceso a alguna de las terapias que no es accesible en domicilio. Otras veces son otros motivos, como la disponibilidad de cuidadores, características de las viviendas, etc., las que no permiten que esos cuidados finales se reciban en domicilio, sino en unidades hospitalarias. Otras veces la situación terminal es la evolución de una enfermedad en un paciente que parte de una fase de enfermedad crítica que ya está ingresado en el Hospital y tras un periodo de esfuerzo terapéutico máximo, se constata la situación irreversible

o incurable. En esas circunstancias, los médicos podrán proponer un cambio de estrategia de curativa a paliativa y ese cambio podrá surgir en la propia unidad hospitalaria. Por ello aunque lo ideal es que ese tratamiento, basado en proporcionar los cuidados básicos, se realice fuera del entorno hospitalario, no siempre es posible y habrá que adaptarse a las circunstancias.

6.- ¿Cuáles deben ser las actitudes del cuidador para acompañarles?

Como actitudes del cuidador ideales que posibilitarán un buen acompañamiento podemos destacar:

- Sentido de servicio, altruismo.
- Capacidad para aprender habilidades o destrezas hasta ahora no necesitadas o para las que no tiene mucha experiencia.
- Ser honesto en el planteamiento de acompañamiento, máxime cuando el cuidador no es el familiar directo.
- Actitud de escucha, comprensión. Cuando no se sabe que decir, es mejor permanecer en silencio y escuchar.

Es muy recomendable tener capacidad adaptativa, para poder asumir diferentes niveles de apoyo en las diferentes fases.

Un buen cuidador puede ser cualquiera que movido por el mejor interés del enfermo, por el cariño, vocación o solidaridad pone su esfuerzo, su interés a veces instintivo en ayudar y acompañar. Con ayuda y asesoramiento del personal sanitario, podrá ejercer con honestidad esa labor tan buena como es cuidar al enfermo.

A pesar de reunir esas características, en ocasiones se puede llegar a la claudicación del cuidador por agotamiento psicofísico, ese agotamiento puede ser temporal o definitivo, y lo único que se puede hacer eficazmente es prevenirlo.

Podríamos decir que el cuidador debe poderse cuidar también a sí mismo, intentando encontrar momentos de descanso, poner algunos límites y buscar ayuda siempre que lo necesite, pues nada interesa más para el enfermo y el propio sistema sanitario que el cuidador no desfallezca. Así lograremos estar acompañados hasta los momentos finales.

Alfonso Canabal Berlanga
Médico

“La creación, expectante, está aguardando la manifestación de los hijos de Dios» (Rm 8,19)”.

Testimonio: Beata Chiara Luce Badano



***“No tengo nada más
pero tengo aún mi
corazón y con él siempre
puedo amar”***

Clara Badano (Chiara Luce) joven italiana de nuestro tiempo, nacida en Sasello en 1971, que tras ser diagnosticada a los 17 años de un cáncer óseo decidió hacer de su vida un camino hacia la santidad recorrido día a día. Muere a los 18 años consciente de que esa será una fiesta: el encuentro con la persona que más le amaba y a la que había dado todo, incluso los dolores atroces de su enfermedad pues renunció al tratamiento con morfina para vivir todo más conscientemente. Con una amiga planificó su funeral pidiendo ser vestida con un vestido blanco, de novia.

Ofreció su vida por los jóvenes y su último acto de amor, después de dar todos sus ahorros a los más necesitados, fue donar sus corneas.

Muchos fueron testigos de su sonrisa, serenidad y diálogo continuo con Dios. Sus últimas palabras a su madre: ***“Mamá sé feliz, porque yo lo soy”.***

Fue beatificada en Roma el 25 de septiembre de 2010 ante la presencia de miles de Jóvenes del Movimiento de los focales al que ella pertenecía.

Actividades Programadas:

**Día 26 de mayo de 2019.
Pascua del Enfermo.
Parroquia de Santa Bárbara
(Toledo)**



Puedes contactar con nosotros en:

**Secretariado de Pastoral de la Salud - Archidiócesis de Toledo
email: psaludtoledo@gmail.com**