



ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.

**CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE CON LESION NEUROLOGICA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN

CUIDADOS PALIATIVOS QUE

PRESENTA:

LIC. DIANA LUZ CHÀVEZ SÀNCHEZ



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

## **CONTENIDO**

<b>Justificación</b> .....	4
<b>Capítulo 1</b> Aspectos psicosociales del paciente neurológico.....	5
<b>Capítulo2</b> Trastornos neurológicos más frecuentes.....	19
<b>Capítulo 3</b> Concepto de cuidados paliativos.....	22
<b>Capítulo 4</b> Cuidados paliativos al paciente con lesión neurológica... 4.1 Valoración de acuerdo a las necesidades humanas 4.2 Medicina alternativa	26
<b>Conclusiones</b> .....	35
<b>Bibliografía</b> .....	37

## **DEDICATORIA**

Agradezco infinitamente a todos los pacientes con lesiones neurológicas, que han dejado en mi vida el crecimiento espiritual, el amor y la compasión que debo de tener durante su atención.

A mi hermana, que tiene en sus manos su vida, después de haberla perdido, en esa enfermedad neurológica, y que cada día se asombra y me asombra de los avances en su recuperación, así como de su entusiasmo y amor por la familia.

En forma especial agradezco a mi amiga Silvia Ramírez, que cursa con parálisis y secuelas de una hemorragia cerebral, que durante este último año me ha enseñado la importancia de la vida a través de su forma de luchar por ella, de creer en un futuro y de su valentía ante los desafíos que se le iban presentando. ERES UNA LUCHADORA QUERIDA AMIGA.

# JUSTIFICACIÓN

“¡Alguien me tocó, me aferré a su mano, no sabía qué pedir... ¿Qué me ayude a vivir? o porque no,... a morir!”

Todos los individuos necesitamos del contacto con otro ser humano, sentirnos amados, comprendidos, apoyados. Cuando la salud se ha ido estos aspectos se exacerban y al presentarse una enfermedad crónica degenerativa como la que presenta el paciente con lesión neurológica, el individuo se va deteriorando poco a poco. Lo que yo llamaría una “muerte lenta y pesada”, que lleva al paciente a sufrir intensamente y que en varios momentos hace que el mismo desee estar muerto. Es aquí donde el equipo de cuidados paliativos entra para tratar de amenguar el dolor físico y espiritual atendiendo las necesidades tanto del enfermo como de su familia.

Las enfermedades neurológicas han aumentado día a día debido a diferentes factores como el estrés, la alimentación y accidentes, entre otros, lo cual ha llevado a los individuos a enfrentarse a una forma difícil de vivir, ya que en su mayoría tiene secuelas que los esclavizan a una silla de ruedas o a una cama, hasta que la muerte los alcanza.

Los cuidados paliativos son en la actualidad una manera de ayudar a vivir con calidad al paciente terminal que por largo tiempo ha venido sufriendo el desgaste de una enfermedad crónica, como la neurológica.

Aquí presento algunos aspectos que considero importantes, que he llevado a cabo durante muchos años y que ahora con la formación especial en cuidados paliativos podré realizar con mayor conocimiento dirigiendo la atención en forma adecuada y precisa, para poder atender a esa mano que me pide ayuda.

**OBJETIVO:** Dar a conocer cuáles son los cuidados paliativos que requiere un paciente con lesión neurológica

# Capítulo 1

## **Aspectos psicosociales del paciente neurológico**

Se considera que los seres humanos son entidades completas que poseen dimensiones fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales en interacción. Estas interacciones expanden la experiencia del yo y forman un proceso continuo, dinámico y psicosocial durante todo el ciclo vital. El estado fisiológico puede manifestarse en formas biológicas, además de psicosociales, que a la postre afectan la manera en que se considera el mundo y el propio ser dentro de éste.

Para el cuidado del paciente con trastornos neurológicos es necesario contar con conocimientos sobre la conducta humana, respuesta fisiológica y la comprensión de todo el contexto familiar, social y cultural que envuelve al paciente. Estos conocimientos deben ser de utilidad para el equipo de cuidados paliativos en la evaluación exacta de las necesidades, planeación eficaz y realización de las estrategias del equipo y en la valoración de los resultados que se esperan en el paciente durante el proceso de suministrar cuidados globales y continuos en etapa final, así como a su familia.

## **Fundamentos conceptuales de la conducta humana.**

### **Percepción.**

La percepción es la experiencia del ingreso sensorial; esto es todo aquello que se experimenta a través de los sentidos. Las percepciones conducen a ideas y a menudo a sentimientos. Las ideas y sentimientos del sujeto influyen en la forma en que recibe la percepción siguiente; por lo tanto, dos personas que experimentan el mismo suceso lo aprecian en forma diferente y muestran ideas y sentimientos distintos sobre la experiencia compartida. Las percepciones son únicas para cada individuo.

### **Autoconcepto.**

El Autoconcepto es lo que el sujeto puede identificar como característico de sí mismo, los componentes del Autoconcepto son aquellas cosas que la persona cree sobre sí mismo con

base en las experiencias pasadas y aquellas presentes que se encuentra enfrentando en la actualidad.

El estado del autoconcepto es uno de los factores más importantes que influye sobre la conducta; cuanto más se sienta positiva la persona sobre sí misma, más cómoda estará y más abierta a las nuevas percepciones y nueva información.

### **Autoestima.**

La autoestima se refiere a los sentimientos que la persona tiene sobre sí misma, esto es, la percepción que tiene de su propia valía.

La autoestima se basa en los objetivos personales del individuo que se miden contra los éxitos que se aprecian en interacción con las creencias y valores de la cultura y la sociedad. Cuando aumenta el autoconcepto se incrementa la autoestima y se experimenta un grado mayor de comodidad.

El individuo enfermo y principalmente el de lesión neurológica presenta un trastorno de la imagen corporal, el cual lastimará enormemente su autoestima. El individuo puede presentar parálisis, hemiplejía trastornos del pensamiento y trastornos en el habla, entre otros: Por esa razón al tener contacto con este tipo de paciente es necesario reforzar su autoconcepto y sobretodo recordarle lo valiosos que es como ser humano. De otra forma no se podrá trabajar con él ya que este impacto de minusvalía se verá reflejado en la confianza, en la relación con los otros y principalmente con el equipo de cuidados paliativos.

### **Necesidades.**

Las necesidades humanas son los requerimientos físicos y psicosociales para que la persona se desarrolle, se conserve e incremente su Yo. Maslow ha clasificado las necesidades humanas de la siguiente manera:

Fisiológicas, De seguridad, De amor y pertenencia, De autoestima, De autorrealización.

La satisfacción de las necesidades progresa de las básicas a las de nivel superior, o sea, la persona no se preocupa de satisfacer las necesidades de nivel superior hasta que las básicas

están satisfechas. Las necesidades no satisfechas constantemente entran en juego en los humanos e influyen sobre su conducta. El individuo a veces está consciente de sus necesidades no satisfechas y en otros momentos no; la necesidad humana más importante es sentirse a sí mismo como una persona adecuada. Los cambios vitales importantes (por ejemplo, la enfermedad) tal vez requieran de un nuevo enfoque de las energías para satisfacer una necesidad básica.

Es fundamental que el equipo de cuidados paliativos, considere este rubro ya que toda necesidad que no es satisfecha puede ocasionar un problema en el individuo.

En todo paciente neurológico se verán exacerbadas sus necesidades básicas elementales, mismas que serán resueltas por una tercera persona, tal vez el familiar, un amigo o el equipo de cuidados paliativos.

### **Capacidades, Potenciales y Limitaciones**

Las capacidades se consideran como los atributos positivos que se creen característicos de uno mismo o de otros.

Las potenciales se aprecian como capacidades latentes que se creen características de sí mismo o de otras personas.

Las limitaciones son los factores inadecuados o deficiencias que se creen características de sí mismo o de otras personas.

En general las personas están más conscientes de sus limitaciones que de sus capacidades, ocultando desesperadamente las primeras para proteger el autoconcepto y la autoestima.

Puesto que todos los humanos procuran conservar el “yo” adecuado, enfocando sus capacidades y potenciales, es posible que se sientan más competentes y se ocupen más eficazmente de sus limitaciones apreciadas o reales. El autoconcepto y la autoestima deficientes se ven facilitados por el enfoque de la atención sólo en las limitaciones.

Es necesario tener una visión del paciente que estamos tratando porque al conocer cuáles son sus capacidades se podrá hacer uso de ellas; es motivante para el propio paciente

cuando se le reconoce que aun en medio de su limitación física es capaz de tener logros, pequeños tal vez, pero que fortalece su autovalía.

### **Estrés.**

El estrés es el estado que existe en el organismo cuando se enfrenta a los estímulos.

Los sujetos reaccionan a los factores productores de estrés en forma diferente pues su percepción es distinta y tienen capacidades diferentes para enfrentarse a estos factores.

Si el individuo sigue considerándose inadecuado al enfrentarse a factores que producen estrés durante un periodo prolongado, seguramente ocurrirá una crisis.

El estrés es un factor que determina el cómo una persona puede tratar o ser tratada; esto se puede presentar tanto en el paciente como en el equipo de cuidados paliativos y puede dar lugar al distrés o al eustrés.

### **Dolor.**

El dolor es un concepto que se refiere al hecho de experimentar estímulos múltiples, todos los cuales se perciben como desagradables. Es una percepción multidimensional que influye sobre todos los aspectos de la vida.

El dolor es una experiencia individual y personal. Las expresiones de conducta del dolor están determinadas por fenómenos sociales y culturales. A causa de la complejidad del fenómeno doloroso, no existe ninguna teoría que tome en cuenta todas las ramificaciones. Los científicos y clínicos consideran el dolor desde tantos puntos de vista como existen especialidades clínicas. Sin embargo, al parecer hay tres elementos comunes a la mayor parte de las definiciones sobre el dolor.

- 1.- Ocurre una rotura de la barrera de protección de la persona
- 2.- El dolor se siente como una señal de peligro
- 3.- El dolor es manifestación de todas las experiencias dolorosas anteriores



Los estímulos dolorosos y las respuestas asociadas se componen de elementos fisiológicos y psicosociales. Los humanos casi siempre nacen con la capacidad fisiológica de experimentar el dolor.

El significado que se le da a la sensación desagradable está determinado por las creencias, valores y normas sociales.

Considero que este aspecto es el más importante, en el que el equipo de cuidados paliativos debe prestar mayor atención, pues el paciente neurológico experimenta diferentes tipos de dolor como resultado de la lesión encefálica y/o neuronal que ha presentado. Por otro lado es el dolor psicológico y espiritual que continuamente va teniendo a consecuencia de las limitaciones que experimenta y que conlleva a la angustia y desesperación. El atender el dolor físico dejará al paciente con un poco más de esperanza ya que el sufrimiento es lo que le roba su tranquilidad y hasta el deseo de seguir viviendo.

Generalmente, el dolor en el paciente neurológico se vuelve crónico, la valoración continua del dolor es esencial y debe incluir varios aspectos:

- Características (ejemplo: la sensación de quemadura o disparo describe a menudo el dolor neurítico)
- Localización e irradiación
- Inicio y duración
- Gravedad, para conocer ésta, utilizar una escala del dolor 1-10
- Factores de agravamiento y alivio
- Uso previo de estrategias para aliviar el dolor.
- Valorar las actitudes y el conocimiento que tienen tanto el paciente como la familia sobre el régimen medicamentoso.

### **Comunicación interpersonal.**

Es un proceso dinámico en el que entran en juego medios verbales para transmitir y recibir información. Las interacciones interpersonales significan que cada palabra (hablada o escrita), movimiento, expresión facial y postura corporal transmiten información. De esta forma comienza el proceso circular de la comunicación.

El receptor acepta la información que se transmite a través de palabras, gestos, expresiones faciales y posturas del transmisor y le asigna un significado a esta información, el cual se comprende en el contexto de la situación o a la luz de las creencias, valores, conocimientos y autoconcepto del receptor y el transmisor.

### **Imagen corporal.**

La imagen corporal es el concepto que se tiene sobre el propio cuerpo. Se forma una acumulación de todas las percepciones, información y sentimientos que se incorporan sobre el propio cuerpo, como diferente y aparte de los demás.

La imagen corporal es un componente esencial del autoconcepto y como tal está fundamentado en interacciones que ocurren entre los individuos y su medio. Al igual que el autoconcepto la imagen del cuerpo es reflejo de creencias y valores socioculturales; evoluciona en un proceso dinámico y siempre cambiante que incorpora no sólo el propio cuerpo, sino también los dispositivos que se unen a él. Es mucho más que un retrato que se hace en la mente; es el significado que se le da a las estructuras y funciones del cuerpo que son verdaderamente importantes. La imagen corporal negativa puede conducir a un autoconcepto y a una autoestima no favorables; los cambios en la imagen corporal influyen sobre la percepción del individuo de los sucesos que ocurrirán en consecuencia.

### **Sexualidad humana.**

La sexualidad humana es un proceso formativo que engloba una mezcla de los aspectos fisiológicos del sexo genético y los aspectos psicosociales que influyen en la identidad según el género, conducta sexual y actitudes o valores sexuales. En el paciente neurológico creemos que todo lo referente al sexo es secundario y pocas veces nos detenemos a preguntarle directamente sobre este aspecto tan importante para todo ser humano. La sexualidad está tan estrechamente entrelazada con el autoconcepto que el sentir una amenaza puede tener un impacto sobre la propia sexualidad, lo que se manifiesta en los terrenos fisiológico y psicosocial.

## **Familia.**

La familia es un grupo social con características determinadas por la cultura, que incluye cooperación económica, reproducción y socialización. Es un grupo en interacción y en transacción en relación con la sociedad en su conjunto. La familia suele actuar para sostener y proteger a sus miembros, tanto en forma colectiva como individual. Toda amenaza a la función o estructura de la familia hace que se sienta ansiosa y cierre toda comunicación. El paciente en estado neurológico puede experimentar una crisis biológica, a la vez que su familia está en crisis psicológica. El suministro de cuidados eficaces al sujeto necesariamente involucra el cuidado de los miembros disponibles de la familia. Considerando estos aspectos es fundamental que el equipo de cuidados paliativos tome en cuenta el proporcionar atención especial a toda la familia y principalmente a aquellos que se encuentran involucrados directamente, pues esto favorecerá tanto al paciente como a la misma actuación del equipo.

## **Crisis**

La crisis es el estado en el que una persona se siente abrumada por factores que le producen estrés y generalmente requiere de alguien para enfrentarse a la situación. La crisis suele durar de cuatro a seis semanas y desaparece de manera espontánea. La crisis no es una enfermedad es una oportunidad de crecimiento. El motivo de lo anterior guarda relación con el hecho de que los humanos sufren depleción de energía después de soportar estrés nocivo significativo durante un tiempo prolongado.

Siempre que se experimenta una crisis ya sea por el paciente, la familia o el equipo de cuidados paliativos se pueden diferenciar cuatro fases. Fink las ha identificado de la siguiente forma:

### ❖ Choque:

El sujeto siente una amenaza a las estructuras familiares, considera a la realidad como abrumadora y experimenta ansiedad, desesperanza y desorganización del pensamiento.

### ❖ Retirada defensiva:

El sujeto procura conservar las estructuras acostumbradas; trata de evitar la realidad por fantaseo, negativa o represión; y experimenta indiferencia o euforia, excepto cuando se le presenta un reto. La persona produce enojo y resistencia al cambio, pues procura organizar en forma defensiva sus ideas.

❖ Aceptación:

El individuo deja las estructuras familiares existentes; se enfrenta a la realidad y se siente deprimido. Puede experimentar apatía, agitación, amargura, aflicción, intensa ansiedad o ideas suicidas si el factor que produce estrés es demasiado abrumador.

❖ Adaptación y cambio:

Se establece una nueva estructura, siente una sensación renovada de auto valía, participa en un nuevo estudio de la realidad y experimenta un aumento gradual de la satisfacción. El proceso de pensamiento se reorganiza a la luz de las capacidades y recursos actuales.

El equipo de cuidados paliativos debe de intervenir en este tiempo de crisis con el objetivo de ayudar a las personas a la resolución psicológica inmediata y a establecer su nivel de funcionamiento más allá del nivel anterior de la crisis. Esto se puede alcanzar logrando la interacción con la persona en crisis compartiendo su propia percepción, ideas o sentimientos. Por otro lado, es necesario ayudar al paciente o al familiar a identificar el problema dentro de la realidad y a corregir deformidades de la realidad; asimismo, es necesario que se les ayude a conocer mecanismos que les podrían ser de ayuda para enfrentarse a los problemas y a sostenerlos mientras se utilizan y también a identificar y a entrar en contacto con personas que los asistan y que posiblemente sean de ayuda principalmente para expresar los sentimientos.

**Temor y ansiedad.**

El temor y la ansiedad son estados de sensación desagradable que se desencadenan por amenazas que recibe el Yo y que se manifiestan por síntomas psicofisiológicos como el aumento de la frecuencia cardíaca, de la tensión muscular, temblor, sudación, sensación de vacío en el estómago, boca y garganta secas, deseo de orinar frecuentemente, irritabilidad, agresividad, impulso de llorar o correr, confusión, sentimientos de pérdida de la realidad,

sentimientos de desvanecimiento, náusea, fatiga, intranquilidad, cambios del apetito, insomnio, o aumento del sueño y pesadillas.

Los pacientes consideran que se encuentran amenazados y pueden comportarse en plan de rebeldía. A veces sufren alucinaciones o hablan con fundamento en un marco de referencia producto de ideas delirantes. Al evaluar al paciente el equipo de cuidados paliativos deberá de conocer lo siguiente: ¿Qué es lo que experimenta y cuál es la amenaza que siente? ¿Qué cosas del medio pueden modificarse para reducir el sentimiento de amenaza? ¿Qué recursos de sostén se encuentran disponibles para ayudar a reducir su temor y ansiedad?

### **Soledad.**

La soledad se refiere a sentimientos molestos de enajenación causados por la separación de relaciones, sucesos y objetos significativos. Esto es una soledad dolorosa.

La soledad a menudo acompaña cambios importantes en la vida cuando se pierden ciertas estructuras familiares. La enfermedad y la hospitalización son factores primordiales que desencadenan sentimientos de soledad.

Al procurar ayudar a la persona sola, el objetivo es facilitar el sentido individual de relación con: su propio cuerpo, su psique, otras personas significativas, sucesos familiares. Este objetivo puede lograrse con intervenciones, tales como: alentando al paciente y miembros de la familia a participar en el cuidado -claro cuando éste sea apropiado- así como a formular preguntas que faciliten su atención, iniciar y facilitar los comentarios sobre el dolor, el tratamiento, las complicaciones y las secuelas que la propia enfermedad puede dejar. Otro aspecto es permitir que el paciente conozca a todos los integrantes del grupo de cuidados paliativos y de esa manera se logrará una mejor comprensión y colaboración para el manejo, así como para promover las relaciones. Si durante la intervención el paciente se rehúsa a establecer relación con los demás o se siente demasiado enojado o deprimido para prestar atención a las actividades, es necesario dejarlo, a fin de que tome su propia decisión sobre lo que se debe hacer para que se sienta más cómodo.

## **Impotencia.**

La impotencia es la percepción de una falta de control sobre el resultado de una situación específica.

La impotencia se deriva de la creencia de que, sin importar cómo se comporte el sujeto, no puede influir sobre el resultado de una situación. En el paciente neurológico esto es muy común dadas las limitaciones que presenta, pues a medida que el individuo no puede resolver un problema (por ejemplo, levantarse, comer y vestirse por sí mismo) se sentirá frustrado, inadecuado, desesperanzado, enojado y deprimido. En esta situación el equipo de cuidados paliativos deberá de asistir en la redefinición de objetivos que el paciente sea capaz de alcanzar con la esperanza de que los considere en breve plazo y con mayores probabilidades. Otra manera es el sostenerlo procurando comprender sus sentimientos de impotencia cuando así lo manifieste. Sin embargo, es necesario recordar que el paciente puede utilizar sus capacidades internas para descubrir nuevos significados en la vida. El equipo paliativista es útil con su presencia; escuchando en forma activa y con empatía puede proporcionar retroalimentación en relación a fallas en el conocimiento, capacidades o confusiones que manifiesta el paciente, haciéndole saber que su dolor emocional se reconoce.

## **Sobre carga sensitiva**

Se refiere a experiencias multisensoriales repetidas que ocurren con mayor intensidad de lo que experimenta normalmente el sujeto. En general, la carga sensitiva se debe a una avalancha de estímulos poco familiares, molestos e inesperados que todo paciente con alguna lesión neurológica va a percibir y que lo puede llevar a tener un gran estrés. Los signos que generalmente presentan los pacientes con gran carga sensitiva son: confusión, intranquilidad, agitación, enojo e inclusive alucinaciones. Es necesario evaluar cómo la familia, el personal paliativista y amigos que rodean al paciente, lo tocan ya que en muchas ocasiones provocan dolor, además de que se debe tener consciencia del mensaje que se está transmitiendo a través del tacto. Se puede lograr ese cuidado sobre todo al dar vuelta al paciente y hacerlo con suavidad, al cambiar el pañal, al administrar inyecciones, cambiar apósitos, al dar baño, al frotamiento en la espalda y otros cuidados. Al conocer el

grado de estimulación que se está realizando se debe cambiar el método para evaluar la necesidad de aplicación de medicamentos analgésicos, los cuales ayudarán considerablemente a reducir la sobrecarga táctil.

### **Proceso de agonía y muerte**

La agonía es un proceso psicofisiológico que produce estrés y crisis y que a la postre termina en la muerte para el moribundo y en sufrimiento para las personas significativas que le sobreviven. El proceso de agonía es parte del ciclo vital y cuando existe conciencia sobre ello la amenaza de la muerte desencadena los sentimientos primordiales de impotencia, desesperanza y abandono. El miedo a lo desconocido en la muerte produce temores por la aniquilación del ser, del Yo y de la identidad. Este proceso impone estrés intrapsíquico, el cual consiste en prepararse a sí mismo para la muerte. Por otro lado, se encuentra el estrés interpersonal que consiste en prepararse para la muerte en relación a otras personas significativas, a la vez que, simultáneamente, se prepara a estas otras personas para que sobrevivan. Elizabeth Kubler-Ross (1983) ha descrito cinco fases psicológicas del proceso de muerte:

1. Negativa o aislamiento: “no, no es a mí a quien sucede esto”
2. Enojo, rabia, envidia, resentimiento:”¿Por qué me sucede esto a mí?”
3. Regateo: “si usted hace eso yo haré lo otro”
4. Depresión:”todo lo que haga es inútil”
5. Aceptación: “la fase final de reposo antes del largo viaje”

El equipo de cuidados paliativos debe tener la experiencia de que el paciente no sigue esta secuencia que se describió; en realidad el proceso de muerte puede incluir todas las fases, pero éstas son cambiantes, según lo experimenta el enfermo. El acto de proporcionar los cuidados al moribundo puede provocar emociones fuertes a todo el equipo y de igual manera a la familia puede causar enojo, frustración o disgusto. Este proceso de muerte predispone a los sujetos a una sensación de abandono.

Para proporcionar cuidados de buena calidad al paciente en proceso de muerte es útil tener conciencia de lo siguiente:

1. Conocer los propios temores sobre la muerte y aceptarlos.
2. Comprender las necesidades del individuo y de los miembros de la familia, investigando lo siguiente: ¿cómo sienten su situación los pacientes moribundos?, ¿qué sentimientos se expresan? , ¿cómo sienten la situación la familia?, ¿qué capacidades y apoyos utilizan el paciente y los miembros de la familia para ayudarse a enfrentar el estrés?, ¿qué necesidades desea el paciente que se cumplan?, ¿quiénes son las personas mas apropiadas para que éstas se cumplan?, ¿se ven afectados significativamente la imagen corporal y la identidad sexual?, ¿pueden crearse intervenciones para fortalecer estos factores?, ¿acaso la soledad y la impotencia hacen que el proceso de muerte sea más dolorosos de lo que es necesario?, ¿pueden estos factores modificarse gracias a las intervenciones?
3. Conocer que el objetivo de la intervención es reaccionar eficazmente a lo que el paciente identifica como necesidades de ayuda. Como la muerte es una experiencia individual, el equipo de cuidados paliativos querrá responder a las necesidades que identifique en cierto momento.

Kubler –Ross identificó las siguientes intervenciones para las fases de emoción:

Durante la fase negativa dice:

1. “Procure que alguna persona permanezca con los pacientes moribundos durante cierto tiempo.”
2. “Deduzca indicios con base en la conversación de los pacientes.”
3. “Escuche (no es necesario intentar solucionar las interrogantes que se plantean, a menos que así se solicite en forma específica)”
4. “Responda a los pacientes compartiendo sus propias reacciones cuando considere que tal vez sea de utilidad para ellos o sus familias.”
5. “Dé oportunidades para una comunicación continua.”

Durante la fase de enojo:

1. “Permitir que el paciente le exprese sus sentimientos.”



2. “Recordar no tratar de contestar preguntas que no tienen respuesta.”
  
3. “Tratar de recordar que el enojo del paciente no va dirigida al cuidador o al equipo paliativista sino mas bien a lo que ellos representan (la continuación de la vida) y hacia su propia situación dolorosa.”

Durante la fase de regateo:

1. “Descubrir qué tipo de ayuda necesita el paciente para completar sus asuntos aún no terminados.”
2. “Trate de tomarse el tiempo para estar con las personas moribundas y escucharlas.”

Durante la fase de depresión el paciente se aflige por todo lo que pierde y se puede ser de ayuda

1. “No interrumpiendo el proceso de aflicción.”
2. “Proporcionando el apoyo necesario.”
3. “Compartiendo los sentimientos de tristeza en forma apropiada.”

Durante la fase de aceptación:

1. “No abandonar al paciente.”
2. “Respetar su aceptación de la muerte.”
3. “Se ayuda a la familia que se aparta de la persona querida escuchándola y si se interviene en los campos en que la familia requiere de ayuda.”

El confortar a los pacientes moribundos es una intervención importante del equipo de cuidados paliativos que hace tanto bien al paciente como a la familia. La comunicación verbal y no verbal eficaz es esencial para evaluar lo siguiente:

1. Medicación adecuada para controlar el dolor.
2. Cuidados bucales frecuentes.
3. Colocación en posiciones cómodas.

4. Permitir a la familia las visitas más frecuentes, ya que el paciente desea un contacto más estrecho con las personas que ama.

5. Apoyar la participación de la familia para confortar a la persona moribunda.

Proporcionar los cuidados paliativos al paciente moribundo puede constituir uno de las mayores recompensas, si es que se está preparado para ello. Reconocer las capacidades y limitaciones personales ayuda a prevenir el agotamiento y percatarse de que a la postre se aprenderá más sobre la vida y sobre uno mismo mientras se trabaja con el paciente moribundo ayuda a aprovecharse de las oportunidades de desarrollo.

## Capítulo 2

### **Trastornos inflamatorios del sistema nervioso.**

El Sistema Nervioso lo podemos definir como nuestro sistema de relación con el exterior. A través de él hay una interrelación con todo aquello que nos rodea. Recibimos todo lo que ocurre a nuestro alrededor a través de los distintos órganos de percepción, es "computado" en nuestro cerebro y como consecuencia de ello se genera una respuesta u otra. Lo podemos dividir en grandes rasgos en:

- Sistema Nervioso Central: que forma el principal centro de integración, es pues la gran computadora, es la zona donde producen los fenómenos más complejos de nuestro cuerpo.
- Sistema Nervioso Periférico: el cual lo podíamos definir como toda la serie de cables encargados de recoger y llevar todas las informaciones del exterior hasta aquel.

La inflamación del tejido del sistema nervioso es provocada por varias causas que incluyen: infecciones bacterianas o víricas, procesos autoinmunes o toxinas químicas. Entre estas enfermedades existen:

- ❖ Esclerosis múltiple que se caracteriza por ser un trastorno inflamatorio que causa desmielinización esporádica y diseminada en el Sistema Nervioso Central
- ❖ Síndrome de Guillen Barré, que es una polineuritis de progresión rápida y de causa desconocida en la que el individuo puede experimentar tanto pérdidas sensoriales como motoras.
- ❖ Meningitis bacteriana. Se denomina meningitis a la participación de las meninges en un proceso patológico inflamatorio, en donde las bacterias se multiplican en el espacio subaracnoideo provocando una reacción de las meninges.
- ❖ Encefalitis. Es una inflamación del cerebro que puede provocar disfunción neuronal grave, la cual puede producir edema en respuesta a la infección del tejido, mismo que provoca un incremento de la presión intracraneal.

## **Trastornos degenerativos del Sistema Nervioso.**

Son trastornos nerviosos degenerativos en donde las estructuras de las funciones de las células nerviosas, las dendritas o los axones se alteran o van disminuyendo progresivamente la destrucción del flujo de salida de las neuronas y la disminución de la absorción o liberación de la síntesis de los neurotransmisores.

Enfermedad de Parkinson. Es un trastorno degenerativo lentamente progresivo del Sistema Nervioso Central que afecta los centros que regulan el movimiento.

❖ Enfermedad de Alzheimer. Es un proceso que provoca un deterioro irreversible en la memoria y una destrucción de las funciones intelectuales; se caracteriza por la degeneración de las células nerviosas corticales y de las terminaciones nerviosas cerebrales.

## **Trastornos traumáticos del sistema nervioso.**

Son aquellas enfermedades en las que sufre una lesión directa alguna estructura nerviosa.

Enfermedad de disco intervertebral. Las agresiones más comunes son la presencia de una herniación del núcleo pulposo, directamente en la columna vertebral, que lleva al individuo a presentar atrofia muscular y parestesias, restringiendo su movilidad.

❖ Lesión de la médula espinal. Estas lesiones son provocadas por fracturas o dislocaciones vertebrales que cortan, laceran, estiran o comprimen a la médula espinal, interrumpiendo la función neuronal y la transmisión de los impulsos nerviosos.

## **Traumatismo craneal.**

Estas lesiones pueden ser de diferente grado, afectando tanto al cráneo como al tejido cerebral. Pueden ser concusión, fractura, contusión craneal, laceración del cuero cabelludo, desgarro y ruptura de los vasos cerebrales.

## **Tumores del sistema nervioso**

Este rubro se refiere al crecimiento anómalo de las células cerebrales que pueden ser benignas o no. Estos tumores provocan una serie de alteraciones; el principal es la interrupción de la función neuronal y por consiguiente, la obstrucción del flujo normal sanguíneo y del líquido cefalorraquídeo.

### ❖ Tumores de la médula espinal

La mayoría de los tumores van a interrumpir la transmisión de los impulsos nerviosos y el aporte sanguíneo provocando su degeneración y llevando al paciente a sufrir parálisis y un déficit sensorial.

## **Trastornos vasculares del Sistema Nervioso.**

Como su nombre lo indica es la alteración a nivel de la circulación que principalmente es provocada por los aneurismas cerebrales, que generalmente son el debilitamiento y dilatación de una arteria, dependiendo de su tamaño, su localización y si éste se rompiera, van a provocar en el paciente síntomas neurológicos como: alteración en el estado de conciencia, pares craneales y un déficit total y permanente.

### ❖ Accidente vascular cerebral.

Es la ruptura brusca de vasos sanguíneos cerebrales, provocando la interrupción del aporte de oxígeno a las células nerviosas cerebrales.

### ❖ Trastornos convulsivos.

Es una afectación de la corteza cerebral que se caracteriza por la producción de descargas eléctricas anómalas e incontroladas de las neuronas, en respuesta a un estímulo. Entre ellas se encuentran: epilepsia, crisis epilépticas simples, complejas y generalizadas. El individuo pierde autonomía, seguridad y se va deteriorando poco a poco, ya que existen pérdidas de neuronas.

## Capítulo 3

### Concepto de cuidados paliativos

Después de haber presentado las enfermedades más frecuentes en este rubro de las patologías neurológicas y de mencionar los aspectos sobresalientes psicosociales que presenta todo paciente, pero que en el paciente neurológico se agudizan, presentaré ahora lo referente a los cuidados paliativos. La Organización Mundial de la Salud nos dice sobre los Cuidados Paliativos que, *“es el cuidado activo y total de los pacientes portadores de enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El Control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales, es primordial. Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte. Apoya a la familia en la enfermedad del paciente y durante el duelo”*

La definición de la OMS señala que los cuidados paliativos, mejoran la calidad de vida de los pacientes y favorecen que los familiares se sientan acompañados y apoyados por un equipo que les orientara en todo momento hasta el desenlace de la vida.

En 1967 Saunders sentó las bases de lo que actualmente conocemos por Medicina Paliativa. El propósito (del cuidado de hospicio) es dar apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad, de modo que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. Existe la creencia y la esperanza de que a través de un cuidado personalizado y de una comunidad sensible a sus necesidades, los pacientes y sus familias pueden lograr la necesaria preparación para la muerte, en la forma que sea más satisfactoria para cada cual (U.S. National Hospice Organization, 1979)

La Medicina Paliativa no es un conjunto de omisiones terapéuticas que buscan poner término a la brevedad posible, a un sufrimiento y por ningún motivo debe confundirse con la muerte asistida o la eutanasia. Por el contrario, ofrece al paciente una alternativa diferente a éstas, en una filosofía que encierra el concepto de morir con dignidad, considerando a la muerte como un fin inevitable, doloroso pero normal, que debe ocurrir en su momento, sin acelerarla, pero tampoco posponerla inútil y cruelmente (distanasia)

sobre la base de consideraciones, muchas veces egoístas, tanto de médicos tratantes como de familiares que creen estar así alejándose de la eutanasia.

El enfrentamiento del ser humano con la enfermedad terminal conlleva una serie de cambios radicales para él y para sus familiares. El paciente se enfrenta a una sintomatología multifactorial y cambiante, a un deterioro progresivo, a una incapacidad física que aumenta diariamente, y por tanto, a una dependencia cada día mayor de sus familiares, cuidadores, equipos sanitarios y servicios de urgencia, tanto hospitalarios como domiciliarios (López, 2000; Gómez Sancho, 1999).

La Guía NICE define los cuidados paliativos como la asistencia integral del paciente en situación avanzada y progresiva de su enfermedad. Esta asistencia integral debe considerar al paciente en forma holística; es decir, tomando en cuenta el aspecto físico, psicológico espiritual y social. La familia juega un papel muy importante en la determinación de estos cuidados, por lo que se les debe de dar enseñanza continua y asertiva, ya que el enfermo requerirá las veinticuatro horas del día de cuidados específicos y con conocimientos, así como del amor que se le proporcione.

En lo personal considero que el objetivo principal de los cuidados paliativos es el dar un confort general al individuo para que pueda sobrellevar las diversas situaciones desagradables que se le irán presentando a lo largo de su enfermedad; el dar calidad de vida posible tanto al enfermo como el apoyo y acompañamiento a la familia. El equipo de cuidados paliativos tiene que tener indiscutiblemente la preparación científica y la calidad humana ante el reto que se le presenta al atender a un paciente terminal como lo es un paciente neurológico.

Los cuidados paliativos están basados en principios que persiguen proveer alivio del dolor y otros síntomas penosos; integrar los aspectos psicológicos y espirituales de la asistencia al paciente; ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte; y ayudar a la familia durante la enfermedad y en el duelo. Aplicarlos tempranamente en el curso de la enfermedad junto con otras terapias de tratamiento de la patología proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas que producen

sufrimiento, promocionan la vida y consideran a la muerte como un proceso natural. Los cuidados paliativos:

- No se proponen acelerar ni retrasar el proceso de morir.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales en los cuidados del paciente.
- Ofrecen apoyo a los pacientes para ayudar a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a todos aquellos que se encuentren junto al paciente durante la enfermedad y el duelo.

Existen criterios para considerar a un paciente receptor de cuidados paliativos y éstos son principalmente: cuando la enfermedad es incurable, crónica progresiva con un pronóstico de vida limitada y donde se encuentra escasa respuesta a tratamientos específicos y se observa una evolución torpe.

Ante estas situaciones se pueden detectar diferentes necesidades que se van haciendo más imperiosas de atender, las cuales repercuten constantemente en forma negativa tanto en el mismo paciente como en su familia, donde el aspecto emocional se ve acentuado en una demanda exhaustiva, en el uso de recursos físicos, materiales además del cansancio de todo el equipo paliativista.

El R.D. 1030/2006, del 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización especifica los servicios de cuidados paliativos comprendidos en los niveles de atención primaria y de atención especializada. En la misma se establece la atención paliativa a enfermos terminales como uno de los servicios de atención primaria y de atención especializada.

La atención paliativa a enfermos terminales incluida en la cartera de servicios de atención primaria comprende la atención integral, individualizada y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada, no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada (en general, inferior a 6 meses), así como de



las personas vinculadas a ellas. Su objetivo terapéutico es la mejora de su calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

Marvin Omar Delgado, encargado del servicio de cuidados paliativos y geriatría en la Universidad de Texas, dijo que los cuidados paliativos se brindan primordialmente a pacientes con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, terminales renales, neurológicas avanzadas, insuficiencia cardíaca severa, cáncer y Sida. Es importante destacar que se encuentra incluido el paciente con afección neurológica ya que en el transcurso de su enfermedad se verán agudizados todos sus síntomas.

Médicos, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos, encargados del cuidado espiritual, asistentes de enfermería, terapeutas físicos y voluntarios, son el alma colectiva de los cuidados paliativos.

## Capítulo 4

### **Cuidados paliativos al paciente con lesión neurológica**

Hipócrates, el padre de la medicina escribió “Ninguna lesión de la cabeza es tan trivial como para ser ignorada, ni tan grave que haga perder las esperanzas”

Los cuidados paliativos hacia el paciente son diversos y se puede ocupar todo un día con el solo hecho de pensar en darle confort.

El objetivo de los cuidados paliativos en el paciente neurológico es conseguir la mejor calidad de vida y la máxima autonomía tanto del enfermo como de su familia. En la atención se deben considerar en forma especial los aspectos emocionales y espirituales, junto con el alivio del dolor. Esto dará origen a la filosofía sobre la que se basan los cuidados paliativos.

Los instrumentos básicos con los que cuenta la disciplina de cuidados paliativos son: el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación; contar con una organización flexible y un equipo interdisciplinar que pueda conseguir los objetivos de atención para el paciente en estado terminal y su familia.

La incorporación de los cuidados paliativos a los enfermos no oncológicos implica un nivel adicional de complejidad. Los criterios de selección en estos enfermos han evidenciado un bajo valor predictivo positivo, ya que en muchas enfermedades crónicas el patrón evolutivo hacia la muerte no es lineal. Por otra parte, los notables avances producidos en los últimos años en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas complejas y especialmente en el área vascular, enfermedades respiratorias, neurológicas y hepáticas contribuyen a difuminar cada vez más las líneas demarcadoras del paciente paliativo o terminal. Diferentes tratamientos intervencionistas complejos, contribuyen de forma notable al control de síntomas, mejorando la calidad de vida y pronóstico de muchas enfermedades avanzadas tanto oncológicas como no oncológicas. Por este motivo, durante los últimos años la toma de decisiones en pacientes con enfermedades crónicas ha ido adquiriendo una progresiva complejidad siendo necesario que el clínico que realiza cuidados paliativos disponga de un alto nivel de experiencia en el manejo de pacientes con

enfermedades crónicas, un acceso fácil a servicios especializados y una política de continuidad asistencial que permita replantear la toma de decisiones.

Cuando el paciente ya no tiene la posibilidad de curarse se le puede cuidar con el objetivo principal de brindar el mayor confort posible y de esa manera llegará al final de su vida con calidad y con el amor de todos los que le rodeen.

#### **4.1 Valoración de acuerdo a las necesidades humanas.**

Antes de iniciar con estos aspectos de la valoración de las necesidades básicas alteradas que se van a presentar , es necesario apuntalar lo indispensable que es el tratar el **dolor** además de otros signos y síntomas como la náusea, que el paciente va presentando y que resultan demasiado molesto para Él, ya que si no se hace nos se podrá tener éxito en lo demás cuidados pues el paciente no podrá participar, y esto también es uno de los objetivos ya que le ayudará a sentirse independiente.

Es de suma importancia que el equipo de cuidados paliativos realice una exhaustiva valoración de las necesidades físicas del paciente, llevando esta valoración de cabeza a pies e ir integrando los cuidados específicos.

En el paciente neurológico la valoración del estado de conciencia, los procesos de pensamiento, memoria, cognición, orientación, respuesta a su situación actual, respuesta al dolor al tacto, cambios en la visión (visión borrosa, cambios en el campo visual) son de suma importancia pues el que no exista una respuesta a su ubicación es un indicador de un daño neurológico importante al que debemos prestar mucha atención. Un paciente inconsciente puede estar muy intranquilo, pero no se recomienda la administración de morfina pues ésta causa depresión respiratoria e inclusive, puede encubrir el grado de coma y producir constricción de las pupilas, lo que puede ocultar un valioso signo físico.

Dentro de las necesidades básicas se encuentra la oxigenación. En su mayoría para esta función los pacientes se encuentran dependiendo de apoyos suplementarios como las puntas nasales, mascarilla y en ocasiones están conectados a un respirador artificial; también se debe considerar cuando se tiene una vía aérea artificial como es la traqueotomía.

Los cuidados específicos son: mantener la vía aérea permeable, aspiración de secreciones tanto de la nariz como de la traqueotomía y la boca, que son sitios donde frecuentemente se acumulan las secreciones y que evitan el flujo de oxígeno. Se debe valorar la respuesta que el paciente va teniendo y que no presente signos de asfixia. Otro aspecto es el dolor que el paciente experimenta cuando se le aspira, por lo que es de suma importancia tomarlo en cuenta sobre todo cuando no se encuentra sedado.

Realizar cuidados a los ojos para evitar ulceraciones corneales, queratitis, inflamación o irritación, limpiando con gotas oculares. De esta forma se mantienen lubricados los ojos.

Los cuidados a las narinas como la lubricación y retirar las costras que se formen favorecerá la reducción al mínimo de la resequead que se presenta cuando se tiene una sonda naso gástrica, ya que la mucosa se lesiona y en ocasiones llega a sangrar.

Mantener la boca limpia, humedecer los labios constantemente, limpiar las secreciones que se acumulan, pues la presencia de sangre y vómitos en la cavidad oral son desagradables. El cepillado tres veces al día ya sea con agua o con colutorios alcalinos son cuidados que no debemos olvidar. La sensación que se tiene cuando la boca se encuentra sucia o reseca ocasiona malestar a todo individuo, más aún al paciente inconsciente o inmóvil.

La alimentación en el paciente neurológico generalmente es a través de sonda naso gástrica o por gastrostomía; esto es para mantener un equilibrio nutricional. El cuidado a la sonda es mantenerla en su sitio y permeable para evitar la aspiración. Es importante vigilar que el paciente no presente distensión abdominal cuando se pasa el alimento, o las molestas náuseas cuando se coloca el alimento por gastroclisis y también es importante vigilar por si presenta alguna intolerancia al alimento.

Una necesidad importante es mantener al paciente con termorregulación eficaz, lo cual se puede obtener valorando la temperatura corporal constantemente. El paciente neurológico es muy lábil a los cambios de temperatura debido a la lesión neurológica. El contar con mantas, lámparas y una unidad protegida, dará lugar a que el paciente se sienta cómodo y seguro. Un ambiente fresco, proporcionándole un baño caliente o tibio según las condiciones que presente el enfermo dará lugar a que exista comodidad. En el baño del

paciente de preferencia se utiliza jabón neutro permitiendo que la piel esté hidratada y así se evitará el prurito por resequedad, cuando esto suceda se puede aplicar tópicos como la vaselina, óxido de zinc y corticoides.

La eliminación en el paciente neurológico se encuentra alterada en forma importante. La incontinencia urinaria y fecal suceden por la inconsciencia y por el estado patológico neurológico. Al paciente se le coloca una sonda urinaria o catéter permanente. Debido a la inmovilidad el estreñimiento se convierte en un problema continuo y sumamente molesto. Para atender esto se le puede indicar ablandadores de heces, enemas evacuantes, masaje abdominal matutino; proporcionar una dieta alta en fibra, determinar un horario de alimentación, asegurar un adecuado consumo de líquidos y eliminación digital de las heces. Esto favorecerá que el individuo realice esta función diariamente además de que es favorable la utilización de un pañal desechable. El cuidado a estos dos aspectos evitará que al paciente se le formen úlceras ya que la humedad lesiona la piel y se rompe, incluso, posiblemente se infecte. Las terapias consisten en realizar el manejo médico y/o quirúrgico de las úlceras por decúbito, empleo de camas adecuadas, movimientos de posición y palmo percusión cada dos horas; realizar movimientos pasivos en articulaciones y músculos, masajes, hidroterapia, empleo de compresas frías y/o calientes y la estimulación neuromuscular

En conclusión, se puede afirmar que la postración es uno de los signos más comunes en pacientes en estado crítico debido a la diversidad de procesos músculo esqueléticos, neurológicos, metabólicos, endócrinos y cardiovasculares, que se pueden ir presentando.

Son muchas las complicaciones que se van presentando en el paciente neurológico y tanto la familia como el equipo de cuidados paliativos deben estar valorando. Las lesiones cutáneas se presentan en una etapa temprana por lo que se debe lubricar la piel continuamente, proteger y vigilar.

Por otro lado, es sumamente importante evitar la atrofia muscular que se presenta en el paciente que no tiene movimiento; los ejercicios pasivos son los indicados y los puede realizar tanto el familiar como el equipo de salud. La rehabilitación es necesaria para que el

paciente sea independiente en las actividades de la vida diaria obviamente considerando sus capacidades físicas conservadas.

Considero importante mencionar que un elemento fundamental dentro del equipo de cuidados paliativos es la enfermera, ya que la identificación conceptual del profesional de enfermería es cuidar y los cuidados paliativos nos transmiten el hecho de que el paciente no está pendiente de un diagnóstico, ni precisa de remedios curativos para su enfermedad. Por el contrario, precisa ser asistido con el objetivo de mitigar las molestias que pueda causar su enfermedad. La enfermera junto con el equipo de cuidados paliativos deben estar cerca, próximos, asequibles, tanto para el paciente como para su familia.

## **4.2 Medicina Alternativa**

Por otro lado, debo mencionar la importancia de la utilización de medidas alternativas. La medicina complementaria y alternativa es el conjunto de prácticas de curación que no se considera actualmente parte de la "medicina convencional" o que no aplican criterios científicos para demostrar su validez. Por tanto, son consideradas como pseudociencias por la comunidad científica. Entre estas prácticas se incluyen, entre otras, la acupuntura, la quiropráctica, el masaje o la homeopatía.

La gente emplea terapias de medicina complementaria y alternativa de diversas formas. Cuando se usan solas se las suele llamar "alternativas" y cuando se usan junto con la medicina convencional se las suele llamar "complementarias". Algunas son la musicoterapia, la aromaterapia y el reiki, entre otras, que mejorara tanto el aspecto emocional como el físico. El término medicina natural, naturopatía o medicina naturopática, es usado generalmente para designar una práctica o terapia de intención preventiva o curativa, que se ha originado al margen del desarrollo moderno de la medicina y la farmacología. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término usado se refiere tanto a los sistemas de medicina tradicional como a las diversas formas de medicina indígena. La medicina natural emplea métodos de diagnóstico diferentes, tal es el caso de la iridología, que permite conocer el estado de salud por medio del iris de los ojos. Esta práctica está reconocida de manera académica en algunos países.

A continuación se menciona brevemente el concepto de algunas alternativas para el complemento de la atención del paciente neurológico.

### **Acupuntura.**

La acupuntura (del lat. *acus*: aguja , y *pungere*: punción) es una técnica de medicina tradicional china que trata de la inserción y la manipulación de agujas en el **cuerpo** con el objetivo de restaurar la salud y el bienestar en el paciente. Forma parte de las llamadas medicinas alternativas, las cuales se caracterizan por su limitada evidencia clínica en estudios científicos. Aparte de insertar las agujas de acupuntura y rotarlas para tonificar o dispersar, los acupuntores también utilizan las moxas. La técnica más extendida es un puro o cono de artemisa que se enciende para calentar el punto o bien se corta un trozo y se coloca en el mango de la aguja, dejando que se consuma totalmente. Los acupuntores utilizan ampliamente esta técnica para el tratamiento del **dolor**.

La definición y la caracterización de estos puntos acupunturales está estandarizada actualmente por la Organización Mundial de la Salud mediante una nomenclatura estandarizada que agrupa a las grandes tradiciones de la acupuntura, aunque no corresponde completamente con un sólo patrón de puntos tradicional. La OMS ha publicado documentos y guías para animar los estudios clínicos de esta disciplina médica como un camino para validar la acupuntura, mejorando su aceptación por la medicina moderna y así extendiendo su uso como una simple, barata y efectiva opción terapéutica

### **Reflexoterapia.**

La reflexoterapia consiste en la creencia de que la estimulación de ciertas terminaciones nerviosas localizadas en determinadas partes del cuerpo podría inducir, como consecuencia de ésta estimulación, supuestas respuestas reflejas que, de acuerdo con sus practicantes resultarían beneficiosas para aliviar ciertas dolencias que acompañan a las situaciones de enfermedad.

Las terminaciones nerviosas que se estimulan están en la superficie corporal, es decir, en la piel o en las mucosas, y su excitación puede hacerse de numerosas formas, entre las que

destacan el roce o el masaje. Entre las más conocidas se encuentran la reflexoterapia nasal y la reflexoterapia podal, consistiendo en la estimulación de las terminaciones nerviosas del interior de la nariz por medio del roce o de la piel plantar de los pies a través del masaje. La reflexoterapia podal se basa en el hecho de que ciertos puntos de los pies se vuelven más sensibles cuando existe alguna enfermedad: el aumento del dolor en ciertos puntos de los pies indicaría la presencia de la dolencia, y el masaje en dichos puntos la aliviaría. Por ello, la reflexoterapia podal no es un simple masaje de placer, ya que suele producir incluso dolor cuando el experto presiona sobre los puntos

### **Magnetoterapia.**

La terapia magnética, magnetoterapia, magno terapia o imanoterapia es una práctica de la medicina alternativa que implica el uso de campos magnéticos estáticos o permanentes sobre el cuerpo. Algunas personas refieren haber respondido favorablemente al tratamiento de algunos casos de dolor causado por inflamación al someterse un corto periodo de tiempo a campos magnéticos producidos por imanes permanentes, sin embargo ningún estudio ha comprobado su eficacia más allá del efecto placebo.

### **Aromaterapia.**

La aromaterapia (del griego aroma, 'aroma' y therapeia, 'atención', 'curación') es una rama particular de la herbolaria, que utiliza aceites vegetales concentrados llamados aceites minerales para mejorar la salud física. A diferencia de las plantas utilizadas en herbolaria, los aceites esenciales no se ingieren sino que se inhalan o aplican en la piel. Su eficacia es discutida y es considerada una pseudociencia.

### **Osteopatía.**

Es una práctica paramédica desarrollada por Andrew Taylor Still y basada en la teoría de que muchas enfermedades son debidas a una pérdida de la integridad estructural. Según Taylor Still, la osteopatía se basa en que todos los sistemas del cuerpo trabajan conjuntamente, están relacionados y por tanto los trastornos en un sistema pueden afectar el funcionamiento de los otros. Es por tanto una práctica de tipo holístico. El tratamiento, que se denomina manipulación osteopática, consiste en un sistema de técnicas prácticas



orientadas a aliviar el dolor, restaurar funciones y promover la salud y el bienestar. Sin embargo, muchas veces estos procedimientos pueden derivar en situaciones negativas. Según sus principios, por medio de la manipulación del sistema músculo-esquelético, se pueden curar las afecciones de órganos vitales o enfermedades, ya que esta manipulación ayudaría a revitalizar el riego sanguíneo o devolver el grado de movilidad normal a la articulación dañada y por tanto a la curación del paciente.

El tratamiento osteopático consiste en tratar las disfunciones, la hipermovilidad o hipomovilidad que se puedan encontrar en la columna vertebral, las articulaciones, el sistema nervioso, el sistema muscular, las vísceras, el cráneo. Busca recuperar el equilibrio corporal perdido, reactivando sus mecanismos de auto curación con diversas técnicas terapéuticas: manipulaciones articulares, técnicas de energía muscular y de movilización, entre muchas otras. El tratamiento depende de una evaluación corporal completa del tipo de lesión y del paciente. Ningún tratamiento es igual a otro y se debe seguir siempre un enfoque personal único.

### **Hidroterapia.**

La Hidroterapia es la utilización del agua como agente terapéutico, en cualquier forma, estado o temperatura ya que es la consecuencia del uso de agentes físicos como la temperatura y la presión. El término procede del griego Hydro (agua) y Therapia (curación). Es una disciplina que se engloba dentro de la balneoterapia, fisioterapia y medicina (hidrología médica) y se define como el arte y la ciencia de la prevención y del tratamiento de enfermedades y lesiones por medio del agua. En sus múltiples y variadas posibilidades (piscinas, chorros, baños, vahos...) la hidroterapia es una valiosa herramienta para el tratamiento de muchos cuadros patológicos, como traumatismos, reumatismos, digestivos, respiratorios o neurológicos

### **Reiki.**

Del japonés reiki (poder espiritual, atmósfera misteriosa) es una práctica pseudocientífica considerada como medicina complementaria y alternativa que trata de lograr la sanación o equilibrio del paciente a través de la imposición de las manos del practicante, canalizando cierta supuesta "energía vital universal". Las pruebas clínicas realizadas no

han encontrado ningún efecto positivo más allá del placebo. No obstante, en la actualidad se usa el reiki como terapia complementaria en algunos hospitales y clínicas. El reiki no es considerado una religión por sus seguidores y no puede reemplazar al tratamiento médico, aunque sí se puede utilizar de forma complementaria

La práctica del reiki se fundamenta en un emisor o canal que, a través de sus manos o de otros métodos -según el nivel-, transmitiría el reiki (fuerza natural que nos da vida) a un receptor que puede ser él mismo u otra persona (presente o no en el espacio-tiempo), con el fin de paliar o eliminar molestias y enfermedades. No obstante, dado que sería una energía universal, los tratamientos podrían también dirigirse a otros seres vivos como animales, plantas o a determinadas situaciones.

### **Cromoterapia.**

Es un método empleado en medicina alternativa consistente en la utilización de la energía de la luz a diferentes frecuencias (colores) como supuesto elemento curativo, antidepresivo, estimulante, regenerativo y mantenedor del equilibrio y de la armonía.

### **Musicoterapia.**

La musicoterapia es el manejo de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado que trabaja con un paciente o grupo en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.

## CONCLUSIONES

Los cuidados paliativos a un paciente con lesión neurológica son muchos; el paliativista deberá considerar siempre a la familia para proporcionarlos pues éstos se deben de realizar las veinticuatro horas del día. Este tipo de paciente depende de otra persona para mantener su calidad de vida o tal vez llevar al individuo a una muerte digna.

Dentro del equipo de cuidados paliativos la enfermera es la profesional que más contacto tiene con el enfermo, pues pasa muchas horas al día acompañándolo, conversando, preocupándose de todas las dimensiones de su estado de salud; dedica su tiempo, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a sus pacientes y es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes de las personas, no sólo del individuo enfermo, sino también de la familia y de la comunidad. La relación del profesional de enfermería con el paciente neurológico se caracteriza, en el mejor de los casos, por ser íntima, en un ambiente de mutuo respeto, de contacto físico y emocional.

El paciente terminal como sin duda es el neurológico necesita del apoyo familiar y profesional. Estos pacientes muchas veces son abandonados y cuidados bajo condiciones sanitarias deplorables, a pesar de que hoy en día se cuenta con muchos más recursos para su atención. Considero que es parte del quehacer del profesional de enfermería ayudar a las familias de estos pacientes, a través principalmente de la herramienta de la educación, a través del amor hacia el prójimo y la vocación de servicio dirigido a aliviar el sufrimiento y el dolor.

Nadie, ni tú ni yo somos la esperanza, pero toda persona puede ser el eco de la esperanza y éste puede ser el horizonte de las personas que se encuentran ante la proximidad de un ser humano al final de la vida, a quien se acompaña en medio del sufrimiento, de modo que esa dimensión tan genuinamente humana que sólo se percibe con los ojos del corazón -la dimensión espiritual- ocupe el lugar debido en la atención integral. El final de la vida reclama inevitablemente, la verdad del ser humano.

Confrontados con la muerte y en la medida en que vamos madurando nuestra comprensión del proceso de morir y promoviendo los cuidados paliativos, vamos aumentando nuestra percepción de la importancia de las necesidades espirituales. Estamos ante un proceso del despertar de la conciencia profesional ante esta dimensión genuinamente humana que reclama competencia en su manejo. El acompañamiento espiritual constituye un camino exigible para la humanización de los espacios donde los seres humanos morimos. A través de la corta experiencia, hemos presenciado, cómo los estudiantes de enfermería, sobresalen en sus conocimientos acerca del paciente recuperable y rehabilitable, ya que muchas veces se aplican visiones acerca de una medicina curable y triunfalista; por lo mismo, a veces resulta muy difícil tratar con pacientes terminales o pacientes sumamente dependientes. El manejo de la agonía y de la muerte, es sin lugar a dudas un tema serio, que cuesta abarcarlo objetivamente y que se ve guiado por las experiencias personales del profesional de enfermería en relación a la muerte en general y a su propia muerte.

Y por ultimo terminare con una frase de Cicely Saunders

*“Escucha a los enfermos...Ellos te dirán que hacer”*

## BIBLIOGRAFIA

- American Association of critical-care nurses. Cuidados Intensivos en el adulto. México 1985 Edit Interamericana
- Anónimo: *Diccionario online de las plantas medicinales Plantasnet*. Málaga (España), 2008.
- Ángel Real, F. 2001. *El Esclavo*. 1º Edición. México. Ediciones El camino rojo. Pp. 269
- Berkow, R. et. al. 1978. *El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica*. 6ª edition. EUA. Edit. Merck Sharp & Dohme Research Laboratories. Pp. 2
- Chávez. S Diana Luz 2010 Tesina Utilización de la musicoterapia en Tanatología en pacientes con trastornos neurológicos.
- Farreras, R. 1978. *Medicina Interna*. Tomo II. México. Edit. Marín Pp.1154
- Harold Ellis. Manual Internacional de Enfermería Quirúrgica 1er tomo México 1993 Edit. Grupo Noriega Editores
- Kubler –Ross Elizabeth 2010 La muerte Un Amanecer. Edit. Océano
- Lázaro, Luis Antonio: *Guía de las nuevas terapias*. Madrid: Barath, 1983
- Michael J. Aminoff y Cols. Neurología clínica 6ª Edición México 2005 Edit. Manual Moderno
- Mumenthaler, M. 1995, *Neurología*. Barcelona, España. Edit. Salvat Editores, Pp. 478
- Swearingen, P. 1996 *Manual de Enfermería Médico Quirúrgica*. 3º Edición. Edit. Mosby/Doyma Pp
- Tucker, Martin. 2002 vol 2 *Normas de cuidados del paciente*. 6ª edición Edit. Harcourt/ Océano

### Referencias electrónicas:

- [www.cuidado.paliativo.org](http://www.cuidado.paliativo.org)
- [www.uchicagokidshospital.org](http://www.uchicagokidshospital.org)