



CENCOMED (Actas del Congreso), FisioteSSP2024, (noviembre 2024) ISSN: 2415-0282

Curso intraevento

ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA Y A ENFERMOS EN ESTADÍO TERMINAL

TEMÁTICA: Familia y comunidad.

TIPO: Curso de posgrado

MODALIDAD: Virtual

CRÉDITOS: 1 (30 horas)

Profesor:

Dr. Jim Alex González Consuegra. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina Familiar. Profesor Instructor. Aspirante a Investigador. Dirección General de Salud. Fomento. Sancti Spíritus. Cuba.

Fundamentación

El médico de familia es un profesional de amplio perfil, entre sus acciones más importantes, están las de abordar acciones integrales ante los problemas de salud de la comunidad, de ahí la importancia de este curso sobre la atención integral a la familia con enfermos en estado terminal en el hogar.

En la enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica. Como son la presencia de una enfermedad avanzada progresiva e incurable, la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, presencia de numerosos problemas multifactoriales y cambiantes, un gran impacto emocional en paciente, familia, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte y un pronóstico de vida inferior a seis meses.

Así como el paciente pasa por diferentes etapas de la enfermedad, la familia del paciente también pasa por varias transformaciones y por el enfrentamiento de la muerte. Esa interacción entre el paciente y su familia es una relación compleja, donde el enfermo sufre con las alteraciones de la familia y ésta sufre con las del enfermo. Ante esas necesidades del paciente y de sus familiares, surgen los cuidados paliativos, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como cuidados activos e integrales al paciente sin posibilidades de cura, con miras al control del dolor y de los demás síntomas y que tienen como objetivo la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

El cuidado paliativo puede ser ejecutado en el nivel domiciliario, concentrándose en el cuidador el mayor peso de las atenciones. El cuidador deja muchas cosas para estar con el enfermo, motivado por la búsqueda de la cura, pero afectado por desilusiones, sufrimientos y carga de trabajo brindada al paciente.

Para la realización de este tipo de asistencia es importante contar con una correcta interrelación entre los profesionales del nivel primario de atención. También se requiere de una correcta formación profesional en este tema. Al respecto se han reportado debilidades en la literatura biomédica. Estas razones justifican la profundización en el estudio de esta temática para su correcta ejecución, satisfacción de pacientes y prestadores de la asistencia así como su perfeccionamiento.

Este tema, a pesar de formar parte de la cotidianidad asistencial, no ha sido suficientemente abordado en los programas de formación de médicos y especialistas del sector salud.

Los contenidos que se proponen en este curso son de interés para todos los profesionales del nivel primario de atención involucrados en la atención a pacientes en estado terminal en el hogar.

Los contenidos del curso se encuentran distribuidos en 3 temas y disponibles en las fuentes bibliográficas que se recomiendan, fácilmente accesibles en Internet. El objetivo propuesto con este curso es que el graduado sea capaz de aplicar los contenidos sobre la atención integral a la familia con enfermos en estado terminal en el hogar contribuyendo a garantizar una atención segura, continua y de calidad a los pacientes.

Estimados cursistas:

Agradecemos su participación en el curso virtual « Atención integral a la familia y a enfermos en estado terminal » a desarrollar en el marco de las actividades de la **I Jornada Científica Nacional Virtual de Medicina Física y Rehabilitación, Sancti Spíritus 2024.**

Para la realización de este tipo de asistencia es importante contar con una correcta preparación de los profesionales del nivel primario de atención. También se requiere de una correcta formación profesional en este tema. Al respecto se han reportado debilidades en la literatura biomédica. Estas razones justifican la profundización en el estudio de esta problemática para su correcta ejecución, satisfacción de usuarios y prestadores de la asistencia y su perfeccionamiento. Los contenidos del curso se encuentran distribuidos en 3 temas y disponibles en las fuentes bibliográficas que se recomiendan, fácilmente accesibles en Internet. Se pone a su disposición el programa del curso y se orienta la actividad evaluativa final.

PROGRAMA DEL CURSO:

TEMA 1. Enfermedad y paciente terminal. Definición, etapas de la evolución, criterios diagnósticos, Instrumentos para identificar enfermedad en fase terminal y necesidad de cuidados paliativos. Papel de los EBS.

Enfermedad terminal

Enfermedad que transcurre con las siguientes características:

1. Diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable
2. Falta de respuesta al tratamiento específico
3. Pronóstico de vida no mayor de 6 meses
4. Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes
5. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico.

Identificar al paciente con enfermedad en fase terminal es un problema para el personal de salud. Muchos de estos enfermos, al final de su vida, padecen intenso sufrimiento y precisan atención sanitaria y social que implica a todos los ámbitos asistenciales; pero a la vez el paciente y la familia tienen miedo de ser abandonados o discriminados.

Enfermo terminal

Enfermo que padece un proceso agudo o crónico que le sumerge en una situación crítica y lo conduce a la muerte en un plazo de 3 a 6 meses. Este período se caracteriza por una situación humana muy difícil, con una incapacidad para recuperar la salud y responder a la rehabilitación y terapéutica. La situación concreta de incurable no siempre está dada por la naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado, y curso de las alteraciones concomitantes y por la actitud que el paciente adopta ante ellas, aunque puede también deberse a complicaciones inesperadas de la terapéutica

La frase "paciente terminal" estigmatiza a la persona y no debería utilizarse, sin embargo, la evolución de las enfermedades crónicas (oncológicas y no oncológicas) produce situaciones complejas en quienes las padecen, y es cuando términos como fase terminal y situación de últimos días son necesarios. Más que como una clasificación, estos términos son útiles para identificar las necesidades y cuidados especiales que ayuden al paciente y a su familia. Varias publicaciones se refieren a esta etapa del paciente como final de la vida (*end of life*).

La Tabla 1 presenta definiciones operacionales relacionadas a enfermedad en fase terminal.

Enfermedad en fase terminal

Etapa final de una enfermedad avanzada y progresiva, donde existe daño irreversible y no hay tratamiento curativo posible. Múltiples e intensos síntomas, cambiantes y multifactoriales. Pérdida de la autonomía o fragilidad progresiva. Pronóstico de vida limitado, gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico. Asociada a alta demanda y uso de recursos ^(17,19,26,27).

Enfermedad oncológica en fase terminal

Cáncer con diagnóstico histológico demostrado en estadio clínico IV, metástasis cerebral, medular, hepática o pulmonar múltiple; que ha recibido terapéutica estándar eficaz y/o se encuentra en situación de escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico ⁽¹³⁾.

Enfermedad no oncológica en fase terminal

Enfermedad o insuficiencia crónica de órgano no reversibles, independientemente de la causa primigenia que las originó, en el estadio más avanzado y sin respuesta al mejor tratamiento disponible ⁽¹³⁾.

Situación de últimos días o agonía

Periodo final del ciclo vital de las personas con marcado declinar funcional, alteración de signos vitales, previsión de muerte en horas o días e irreversibilidad de la situación. Es uno de los momentos más delicados de la enfermedad del paciente ^(13,26).

Etapas en la evolución del enfermo terminal

- Etapa inicial de estabilidad: es aquella en la que el paciente no presenta síntomas intensos ni alteración de su estado funcional.
- Etapa sintomática o de estado: caracterizada por la presencia de complicaciones generadoras de sufrimiento, con mayor o menor grado de alteración funcional que no afecta a la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Etapa de declive: las complicaciones están presentes de una forma continua y se observa un deterioro funcional importante que altera, en mayor o menor grado, la capacidad del sujeto para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Etapa final o de agonía: están presentes signos más o menos intensos del proceso de morir, con gran deterioro de la situación funcional, con complicaciones provocadoras de sufrimiento intenso y con un pronóstico inferior a 1 / 5 días.

Tabla 2 Criterios diagnóstico específicos de enfermedad crónica en fase terminal, oncológica y no oncológica

Criterios de terminalidad en el paciente oncológico: (2,7,13,28,29)

Presencia de una enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable; con diagnóstico histológico demostrado (estadio clínico IV).

Metástasis cerebral, medular, hepática o pulmonar múltiple.

Haber recibido terapéutica estándar eficaz y/o encontrarse en situación de escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico para su patología oncológica.

Criterios de terminalidad en el paciente no oncológico: (5,6,11-13,21,30)

Insuficiencia cardíaca con disnea basal \geq III de la NYHA (New York Health Association) o fracción de eyección del ventrículo izquierdo $<$ 20 % o persistencia de síntomas a pesar de tratamiento óptimo. NO CANDIDATOS trasplante de órgano.

Insuficiencia respiratoria crónica con disnea basal \geq III de la MRC (Medical Research Council) y/o saturación de oxígeno basal $<$ 90 % y/o oxigenoterapia domiciliaria continua. NO CANDIDATOS trasplante de órgano.

Insuficiencia renal crónica en estadio 5 según NKF (National Kidney Foundation), tasa de filtrado glomerular $<$ 15 ml/min según la fórmula de Cockcroft-Gault, o creatina sérica basal \geq 3 mg/dl en pacientes NO CANDIDATOS a tratamiento sustitutivo (diálisis) o trasplante.

Hepatopatía crónica con datos clínicos, analíticos y/o ecográficos de hipertensión portal y/o insuficiencia hepatocelular grave : estadio C (según escala Child-Pugh) o MELD $>$ 30 (Model for End-stage Liver Disease). NO CANDIDATOS trasplante de órgano.

Demencia en estadio 7 según las escalas GDS (Global Deterioration Scale de Reisberg) y FAST (Functional Assesment Staging).

Enfermedad neurológica crónica avanzada (enfermedad cerebrovascular, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson) con deterioro cognitivo establecido (Escala de Pfeiffer con más de 7 errores) y/o deterioro funcional para las ABVD (Actividades básicas de la vida diaria) establecido (Dependencia total según test de Katz).

Enfermedad de Parkinson: la clasificación de Hoen y Yahr en el estadio 5.

Infección por virus de la inmunodeficiencia humana en estadio SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) refractaria a tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Tuberculosis extensamente resistente (resistente a isoniácida, rifampicina, una fluorquinolona y un inyectable de segunda línea) con evolución desfavorable

Otros criterios: (13,31)

Dependencia funcional total persistente: Índice de Katz con 6 ítems positivos de dependencia para ABVD.

Deterioro cognitivo importante persistente: 8-10 errores en el cuestionario mental de Pfeiffer.

Úlceras por decúbito persistentes (estadio III-IV).

Con la finalidad de hacer más objetiva la detección de la fase final de la enfermedad se han creado instrumentos para identificar esta situación (Tabla 3), pero la tendencia actual es más que detectar la enfermedad, implica también detectar la necesidad de cuidados del paciente. Para nuestro medio, la Escala de Necesidad Paliativa (NECPAL) de la Sociedad Española de

Cuidados Paliativos es la más entendible y útil, sobre todo para el nivel de atención primario; sin embargo, cabe mencionar que la The Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT-TM) también tiene una versión en español que es fácil de aplicar.

Tabla 3 Instrumentos para identificar enfermedad en fase terminal y necesidad de cuidados paliativos

Instrumento	País	Año	Criterios	Idioma publicación	Organismo	Referencias
Hospice Care and Palliative Care	EE. UU.*	1996 Última versión 2018	- Clínico - Asistencial - Preferencias del paciente - Criterios específicos	Inglés	National Hospice and Palliative Care Organization (IHPCO)	(19,20)
NECPAL CCOMS-ICOC 3.1	España	2010 última versión 2017	- Enfermedad avanzada - Síntomas intensos	Español	Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)	(13,24,32)
Prognostic Indicator Guidance (PIG). Gold Standards Framework	Reino Unido	2011 última versión 2016	- Impacto emocional - Pronóstico de vida - Impacto emocional - necesidades de cuidado - Indicadores clínicos específicos	Inglés	Royal College of General Practitioners	(25,26)
The Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT-TM)	Escocia	2015 última versión 2018	- Deterioro de salud - Condiciones límites de vida - Tratamiento y planes	Inglés, español y otros 7 idiomas	University of Edinburgh	(27)

Instrumento	País	Año	Criterios	Idioma publicación	Organismo	Referencias
Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)	Australia	2015	- Deterioro de salud - Condiciones límites de vida	Inglés	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)	(17,28)

Actualmente, se prefiere utilizar el término "enfermedad avanzada" en vez de "enfermedad terminal", y se habla de cuidados paliativos como una filosofía de vida, en la que un equipo humano multidisciplinario (conformado por médico, enfermera, psicóloga, trabajadora social, terapeutas, guía espiritual y otros) brinda acompañamiento y soporte a una persona y su familia que lo necesita, sin adelantar ni retrasar el proceso natural de su muerte. No solamente se lucha contra una enfermedad, sino que se tratan todos los padecimientos del paciente.

Los cuidados paliativos en enfermedades oncológicas avanzadas han tenido logros importantes en mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, los fallecimientos por enfermedades no oncológicas (insuficiencias orgánicas y enfermedades neurodegenerativas) son más numerosos; y las necesidades de estos pacientes y sus familias son similares, incluso más prolongadas y reciben peores cuidados. De acuerdo al principio de justicia, es una obligación ética potenciar esta atención.

Cabe mencionar que existe enfermedad no recuperable en cuadros agudos, relacionada a evolución de infecciones sistémicas con falla multiorgánica, hemorragias cerebrales masivas o consecuencias de eventos traumáticos graves, como se reporta en Reino Unido y Australia. Estos casos tienen sus propios criterios y requieren un enfoque especial en los servicios de emergencias o cuidados críticos, pero no serán considerados en esta revisión.

Los grupos básicos de trabajos de la atención primaria de salud

Los grupos básicos de trabajos (GBT) de la atención primaria de salud tienen una función que no se limita a la atención directa de enfermos, sino que incluye además la valoración, la conexión de los recursos, el asesoramiento de los médicos y enfermeras, la formación y la investigación clínica, viendo a la persona de forma integral y a su familia, actuando como soporte técnico y de relaciones entre los diferentes niveles de atención.

TEMA 2. Cuidados paliativos, objetivos y bases de la terapéutica. Principios generales en el control del dolor.

Procesos subsidiarios de cuidados paliativos

- Cáncer.
- Enfermedades con dependencia funcional.
 - ✓ Comas vegetativos irreversibles.
 - ✓ Demencias en estadio avanzado.
 - ✓ Enfermedad cerebro vascular con dependencia terminal.
- Enfermedades degenerativas neurológicas en fase avanzada
 - ✓ Enfermedad de Parkinson.
 - ✓ Esclerosis lateral amiotrófica.
- Enfermedad cardiorrespiratoria incapacitante e incurable.
- Hepatopatías crónicas avanzadas.
- SIDA.
- Fallo multiorgánico.

- Anciano terminal.
- Por extensión, pacientes moribundos.

Tratamientos curativos versus paliativos

Los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino que son una cuestión de énfasis en diferentes etapas de la enfermedad. En el momento que se agota un tratamiento curativo, se entra en una etapa de franca progresión de la enfermedad, por lo que se deberán reorientar los objetivos terapéuticos exclusivamente al bienestar del enfermo y su familia. El único papel del tratamiento específico será en estas circunstancias, ayudar a la paliación de los síntomas que aquejen al paciente.

Objetivos y bases de la terapéutica paliativa

1. Atención integral. Que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continua.
2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
3. La promoción de autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran con el enfermo los planes terapéuticos.
4. Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y dinámica que nos lleve a superar el “no hay más nada que hacer”. Nada más lejos de la realidad, **siempre hay algo que se puede hacer por los enfermos.**

Dolor en pacientes oncológicos al final de la vida

El dolor oncológico terminal intenso es una circunstancia tan previsible como necesariamente evitable, va aumentando con la progresión de la enfermedad. A pesar de los avances en los últimos diez años en torno al dolor las cifras que se manejan siguen siendo inaceptables. Sacristán plantea que hasta el 30% de los pacientes tienen dolor en el momento del diagnóstico de su proceso oncológico, llegando estos porcentajes al 60-80% en fases terminales de la enfermedad oncológica.

Sin embargo Vallejo encontró que al momento del diagnóstico, entre un 20- 50 % de los pacientes puede presentar dolor, y ya en los estadios avanzados, la prevalencia oscila entre 80-90 %. Hasta un 75 % de pacientes con cáncer avanzado notifican dolor al

momento de la admisión hospitalaria, y entre el 70-80 % presenta dolor en las últimas cuatro semanas previas al fallecimiento.

El alivio del dolor es un imperativo ético-asistencial, y se ha establecido como un objetivo prioritario de la medicina del siglo XXI. La Declaración de Montreal de la IASP en 2010, ratificó formalmente la inclusión del acceso al tratamiento analgésico como un derecho humano fundamental.

El dolor afecta de manera importante la calidad de vida y la autonomía física de los pacientes con cáncer. El dolor está presente en todas las etapas de la enfermedad, particularmente en estados avanzados, su prevalencia es de 60 % a 100 %. Este síntoma se acompaña de sufrimiento y afecta la esfera emocional y espiritual del ser humano.

Los pacientes y más frecuentemente los familiares tienen importantes limitaciones a la hora de aceptar un tratamiento con opioides mayores, por las connotaciones sociales de los mismos o por la identificación de la morfina con la gravedad extrema. Otra importante limitación a la hora del tratamiento del dolor en pacientes con estados avanzados de su enfermedad lo constituye la posibilidad de que la propia analgesia desencadene la muerte del paciente.

Los tipos de medicamentos contra el dolor van desde paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINES) a medicamentos más potentes como narcóticos. Los anticonvulsivantes, su indicación principal es en el dolor oncológico neuropático, son eficaces: gabapentina, pregabalina, clonazepan, fenitoína, ácido valproico y carbamacepina. Los bifosfonatos son indicados para el dolor debido a metástasis óseas, si los analgésicos o la radioterapia fueron inefectivos. El cuerpo puede volverse tolerante a un medicamento, y es posible que necesite aumentar la dosis debido a esa tolerancia. También hay muchas formas de medicina contra el dolor, como medicamentos de acción prolongada y de acción corta o rápida.

Son utilizados medicamentos como corticoides, debido a su acción antiinflamatoria. La dexametasona tiene la mayor potencia antiinflamatoria. Los antidepresivos su indicación principal es el dolor neuropático. La amitriptilina y otros tricíclicos tienen una eficacia

similar. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina no han demostrado ser útiles. Especialmente útiles son los antidepresivos duales (serotoninérgicos y noradrenérgicos) por su mejor perfil de seguridad.

Con ciertos tipos de dolor, los médicos pueden realizar procedimientos especiales como obstrucciones de las terminales nerviosas, tratamientos con radiación dirigida e incluso operaciones quirúrgicas para controlar el dolor.

Existen otros métodos no farmacológicos los cuales incluyen la fisioterapia, terapias psicológicas. No cabe duda que el abordaje del dolor oncológico avanzado incluso refractario constituye un reto, no tan solo desde el punto de vista médico sino ético, por las diversas implicaciones que ello engloba. La necesidad de un mayor número de investigaciones en este tema, en aras de desarrollar nuevas terapias para el tratamiento en este grupo de pacientes, es un criterio en el que los autores coinciden.

TEMA 3. Atención a la familia, factores que influyen y Orientaciones al EBS para una atención con calidad.

Como profesionales no solo hemos de saber reconocer, sino también manejar toda problemática que será diferente en cada caso por circunstancias que se derivan de todos los factores enumerados anteriormente. Es evidente que solo es posible hablar de una serie de orientaciones que ha de realizar el equipo de salud, y que por demás, las consideramos indispensables:

1. Valorar si la familia puede desde el punto de vista emocional y práctico atender al enfermo o colaborar adecuadamente en su cuidado. Si puede, debe decidir con qué grado de implicación lo va asumir; y si no puede, que valore la ayuda de la comunidad o de familiares más distantes, o que busque ayuda a otro nivel de la salud.
2. Identificar entre los familiares a la persona que sea más adecuada para llevar el peso de la atención. El equipo de salud intensificará sobre esta persona el soporte psicoafectivo de la situación.
3. El equipo debe planificar la integración de la familia, para que, con las orientaciones médicas-psicológicas de él emanadas, pueda participar en aspectos de la asistencia, como es la alimentación, la higiene, los cuidados directos al enfermo, los cambios posturales, el hábito de vacunación, las curas elementales, el humedecimiento de las mucosas, etcétera.

4. Si la atención es en el hogar, independientemente de que se pueda realizar un ingreso en él, hay que encargar una persona adecuada que debe hacerse asumir la administración de fármacos cuya pauta debe ser facilitada siempre por escrito.
5. La familia debe ser instruida en pautas de actuación ante la aparición de crisis, agitación y agonía, con el fin de que tenga asumida la presentación de un hecho esperado con el de paliar posturalmente algunas situaciones (para evitar estertores, laterización como ejemplo).
6. Esa educación o instrucción debe ser selectiva y clara sobre las pautas de comunicación con el enfermo, que siempre será receptiva y comprensiva de sus deseos.
7. El equipo de salud es el soporte práctico para la contención emocional del enfermo y la familia.
8. Para la prevención y tratamiento del duelo, el equipo debe constituirse como el sustrato dinamizado de la rehabilitación y recompensación de la familia.

¿Qué se observa en los familiares que cuidan?

- Falta de información sobre el proceso de enfermedad (diagnóstico, evolución, descompensación, complicaciones posibles, actuación ante el paciente y recursos sanitarios de que disponen).
- Angustia y tensión ante la enfermedad, hechos que van a repercutir sobre el hogar y la familia, sobre su trabajo y la vida social.
- Sensación de pérdida de control e importancia ante las conductas del enfermo en cada momento.
- Falta de soluciones a las propias necesidades psicológicas del cuidado.
- Dificultades económicas o materiales (vivienda).

¿Cómo evoluciona la actitud de esta familia?

Al inicio se considera al paciente como una víctima inocente, luego esta enfermedad del familiar se va transformando en un peso y una molestia cada vez mayor.

¿Qué factores influyen sobre la familia?

Este impacto de la enfermedad tendrá más o menos repercusión en la familia dependiendo de que el enfermo esté hospitalizado o no, y la presencia o déficit de los factores siguientes: nivel o situación económica o material del entorno, número de miembros disponibles para la ayuda en el seno de la familia, los vínculos entre ellos, el nivel cultural, el medio social en que

residen (urbano o rural), el estado de salud de los pacientes que cuidan la evolución del propio proceso, las alternativas sociosanitarias, y finalmente el régimen y horario de trabajo.

Hay otros factores de índole psicosocial que generan mayor grado de estrés, como son, las ideas de culpa de la familia, el hecho de encontrarse simultáneamente frente a otras situaciones estresantes (divorcio, separaciones, relaciones anómalas con hijos, o problemas de pareja).

La familia constituye la unidad de tratamiento junto con el paciente en fase terminal, es por ello que durante su estancia en la casa, la familia, y dentro de esta el cuidador principal, tiene un papel importante. Sin el apoyo de esta sería imposible una correcta atención domiciliaria.

Por otra parte, debe considerarse, que tras el fallecimiento de los pacientes, los familiares deben enfrentarse a la elaboración del duelo. En este aspecto debería promocionarse la actuación de los médicos de atención primaria en la labor de asesoramiento en el proceso del duelo, así como en la detección temprana de situaciones de psicopatología.

El apoyo de los Grupos Básicos de Trabajo, así como las Unidades de Salud Mental de la comunidad, son un elemento fundamental en la actuación del primer nivel de salud. Sin que se produzca una situación de “medicalización” del proceso de duelo, los equipos de atención primaria, junto con las demás organizaciones de masa pertinentes, deberían favorecer la aparición de grupos de autoayuda o redes sociales adecuadas que presten un apoyo adecuado a los familiares.

EVALUACIÓN:

Teniendo en cuenta los temas abordados en el curso y los conocimientos adquiridos redacte en un párrafo no mayor a 500 palabras la importancia que usted le confiere a la Atención integral a la familia y al enfermo en estado terminal en el contexto cubano actual.

BIBLIOGRAFÍA PROPUESTA

1. Guinart Zayas Nancy. Cómo atender a la familia del enfermo terminal. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006 Mar [citado 2024 Nov 04] ; 22(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100010&lng=es.

2. Espinosa-Roca A, Romero-Cabrera A, Misas-Menéndez M, Fresneda-Quintana O. Asistencia al enfermo terminal en la atención primaria de salud. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2011 [citado 2024 Nov 4]; 0(0):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/17>
3. Achury D.M., Pinilla M.. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2016 Mar [citado 2024 Nov 04] ; 13(1): 55-60. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000100055&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>.
4. Pueyo Garrigues Sara, Pueyo Garrigues María, Pardavila Belio Miren Idoia. Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico: caso clínico. *Gerokomos* [Internet]. 2015 Sep [citado 2024 Nov 04] ; 26(3): 94-96. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300005&lng=es.
5. Rodríguez MZ, Rodríguez MT, López E. ACOMPAÑAMIENTO AL FAMILIAR DE PACIENTES CON ENFERMEDAD EN ETAPA TERMINAL. *Salud, Arte y Cuidado* [Internet]. 30 de junio de 2018 [citado 4 de noviembre de 2024];11(1):45-58. Disponible en: <https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/2069>
6. Álvarez Sintés, R., y coautores. *Medicina General Integral*. 3ra edición .Editorial de Ciencias Médicas. La Habana. 2014. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/2014/11/12/medicina-general-integral-volumen-v-tercera-edicion/>