



**Nombre de alumna: Sara Galilea Martínez
Quevedo.**

**Nombre del docente: Felipe Antonio Morales
Hernández**

**Nombre del trabajo: ensayo de cuidados
paliativos**

Materia: Enfermería gerontogeriatrica

Grado:6to cuatrimestre

Pichucalco; Chiapas a 1 agosto del 202

Envejecimiento

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, ni de cuidados paliativos, sino que significa disminución de la capacidad del organismo de adaptarse a situaciones de estrés. Esto conlleva que ante la enfermedad la respuesta sea distinta y por tanto que las manifestaciones que presenta no sean con frecuencia las esperadas en la población más joven, lo que dificulta su abordaje. A esto hay que unir el hecho de que se atribuyan manifestaciones patológicas al envejecimiento y se asuman como normales «para la edad» sin serlo. Otra de las características diferenciales de la enfermedad en el anciano frente a edades más jóvenes, es su tendencia a provocar incapacidad motriz y fisiológica porque al ser adulto mayor hay muchos riesgos que se corren como las caídas y la incontinencia fecal o de orina .

Los cuidados paliativos en ancianos no difieren en su filosofía y desarrollo de lo de los pacientes más jóvenes, lo que sí hay que tener en consideración son algunas peculiaridades, en relación con las características antes referidas, a la hora del abordaje. La OMS define de forma genérica los cuidados paliativos como el cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos. La decisión más importante para la selección de estos enfermos es establecer la renuncia razonable al tratamiento curativo específico para la enfermedad ,asumiendo que tendrán un cuidado especial a las características de los síntomas de su enfermedad tratándolos con respeto que se merecen y comprenderlos y guiarlos a una atención adecuada de un profesional de enfermería

Esta decisión está más establecida y aceptada para enfermos con cáncer en estadios determinados de enfermedad por que en sus últimos momentos se deben sentir seguros y acompañados .

Podríamos así dividirlos diferenciar en dos grandes grupos

En pacientes oncológicos se demuestra el grado de la enfermedad progresivo por el cual solo necesitan ayuda a disminuir los síntomas de dolor y la compañía familiar , en los pacientes con enfermedades no oncológicas la tendencia generalmente es a una evolución más lenta y renunciar al tratamiento específico suele ser más difícil. Ante ello los criterios pronósticos deben considerarse orientativos, más si tenemos en cuenta las características de la presentación de la enfermedad en el anciano comentadas anteriormente. Por todo ello la aproximación clásica no nos es suficiente, precisando el empleo de la Valoración Geriátrica como herramienta imprescindible para el abordaje de estos pacientes. La valoración debe

llevarla a cabo un equipo multidisciplinar cuyo fin es el establecimiento y monitorización de un plan individualizado.

Uno de los objetivos primordiales en el cuidado del anciano es prevenir la incapacidad y preservar la independencia. La prevalencia de enfermedades y la pérdida funcional se incrementan con la edad, siendo responsable de la aparición de ésta última no sólo el grado de severidad de la enfermedad sino también el manejo que se realice. La valoración debe hacerse teniendo en cuenta la situación previa, si se realiza en el momento agudo, y la actual.

Las valoraciones de la geriatría se engloban en cuatro componentes como son la valoración clínica esta habla sobre sus expediente y/o antecedentes de enfermedades anteriores que se presentaron al igual al tipo de fármaco que tomas este va mas dirigido a la atención hospitalaria.

en la valoración funcional esta destaca una evualacion de actividad diaria en el ámbito social como entabla una conversación ,las actividades instrumentales de la vida diaria estas demuestran sus actividades diarias y las actividades básicas de la vida diaria en ellas se evalua las actividades de autocuidado en como el sujeto se cuida el mismo en sus necesidades básicas

siguiendo con los componentes de valoración sigue la valoración mental esta mide la esfera afectiva y cognitiva el cual incluye distintos tipos de de aspectos ;el estado de animo influye mucho en estos adultos mayores por que es cambiante,su memoria aveces es de largo plazo se acuerdan de las minimas cosas o luego pierden la nocion de espacio y tiempo en donde están o con quien sostienen una platica,pierde el nivel de conciencia y del lenguaje .

la valoración social es como se desenvuelve el adulto es los aspectos sociables en como se desarrolla como individuo y mayormente se apoyan de alguien para dirigirlos .

como se decía anteriormente los objetivos de los cuidados son controlar síntomas que siempre es el dolor que se prescribe, la mejoría funcional como es sentarse en su cama o poder caminar aunque sean solo dos pasos, mejoría afectiva y cuidados del entorno como es con su familia que es primordial que estén con ellos en los últimos momento de la vida.

En conclusión los cuidados paliativos brindan a los pacientes en etapa final un apoyo innumerable de descanso y alivio al dolor tanto fisiológico como emocional ,el cual el profesional de enfermería es la cara de la empatía y la vocación .

Referencias bibliográficas

1. De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. De

Rodríguez Mañas L, Solano JJ. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001; 15-55

2. Sepulveda Moya et al Cuidados paliativos en unidades geriátricas de agudos. Rev ESP Geriatr Gerontol 1999; 34

(S2): 5-12

3. Chistrakis NA, Escarce JJ. Survival of Medicare Patients after enrollment in hospice programs. N Engl J

Med 1996; 335: 172-8

4. Marantz et al Prognosis in ischemic heart disease: can you tell as much as the bedside as in the nuclear

laboratory. Arch Intern Med 1992; 152: 2433-7.

5. Morgan S. Supportive and palliative care for patients with COPD. Nurs times. 2003 May 20-26; 99 (20): 46-7.

6. Goy E, Ganzini L. End of life care in geriatric psychiatry. Clin Geriatr Med. 2003 Nov; 19(4): 841-56, vii-viii

7. Shuster JI Jr. Palliative care for advanced dementia. Clin Geriatr Med. 2000 May; 16(2): 373-86.

8. Ganzini L et al. Nurses' experiences with hospice patients who refused food and fluids to hasten death. N Engl J

Med. 2004 Jul 349; 4

9. Muriel R, Gillick, MD. Advance care planning. N Engl J Med. 2004 Jul 350; 1

10. Baztán JJ, Marañón E, Jiménez C. Cuidados paliativos. En Salgado A, González Montalvo JI, Alarcón MT

Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. Barcelona: Masson 1996.

11. Stacie T et al. Cuidados paliativos. Geriatrics Rev Syllabus. 2002; 1(3): 63-72

12. Rodríguez Mañas L, Solano JJ. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.

13. Lewis LM et al. Un recognized delirium in emergency department geriatric patients. Am j Emerg Med 195;

13:142-47

14. Reuben et al. Looking inside the black box of comprehensive geriatric assessment. A classification system for

problems, recommendations and implementation strategies. J Am Geriatr Soc 1996; 44:835-8

15. Reuben DB Making hospitals better places for sick older persons. J Am Geriatr Soc 2000; 48:1728-9

16. Carbonnin P et al. Is aged an independent risk factor of adverse drug reactions in hospitalised medical patients?

J Am Geriatr Soc 1991; 39:1093-99

17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J. 1965Feb;14:61-5.