

**Nombre de alumnos: Rafael Alejandro Velazco Bermúdez**

**Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales**

**Nombre del trabajo: Ensayo cuidados paliativos**

**Materia: Gerontogeriatría**

**Grado: 6to Cuatrimestre**

**Grupo: "A"**

Pichucalco Chiapas a 02 de agosto del 2020

En el último siglo, en la sociedad en la que nos encontramos, las mejoras en las condiciones socioeconómicas, unido a los avances en las tecnologías, incluyendo los ocurridos en el campo de la sanidad, tanto en el ámbito preventivo de salud pública como nivel de diagnóstico y terapéutico, han traído aparejado un cambio a escala demográfica, con una baja tasa de natalidad y de mortalidad, conllevando una prolongación de la edad de los individuos y condicionando un aumento proporcional de los individuos de mayor edad; es decir un envejecimiento poblacional.

También ha ocurrido un cambio a nivel epidemiológico, con una variación en la incidencia y prevalencia de las causas de enfermedad y mortalidad; que evoluciona desde las enfermedades de etiología infecciosas a enfermedades de curso crónico, más dependientes de la edad, no sólo estarán presentes enfermedades de etapas etáreas anteriores sino las complicaciones de éstas.

La aproximación a estos cambios plantea la necesidad de separar lo que es enfermedad de envejecimiento.

Una de las características básicas de los seres vivos es su disposición para adecuarse a un entorno en constante transformación (Adaptación). 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. Lo frecuente es distinto de la normalidad y es importante diferenciarlo.

Además la comorbilidad es algo frecuente, con lo que los síntomas pueden solaparse en cuanto a las causas que los provocan, creando mayor incertidumbre y por otro lado provocan un mayor uso de medios diagnósticos y terapéuticos, con la posibilidad aumentada de iatrogenia.

Otra de las características diferenciales de la enfermedad en el anciano frente a edades más jóvenes, es su tendencia a provocar incapacidad.

La edad cronológica es un discriminante sensible de mortalidad, discapacidad, institucionalización y consumo de recursos entre grupos, pero es un predictor de baja fiabilidad en el individuo. En la actualidad el parámetro que es más fiable, cuantificable, transmisible y con mayor poder de discriminación entre sujetos es la función, esta se define como la capacidad personal de adaptarse a los problemas que plantea la vida diaria. Su evaluación sistemática ha demostrado ser más sensible que el tradicional juicio clínico en la detección de problemas

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. Esta decisión está más establecida y aceptada para enfermos con cáncer en estadios determinados de enfermedad. Siendo más difícil en el resto de patologías. Se da la circunstancia que en el caso de los ancianos hay una mayor proporción, respecto a los grupos de edad más jóvenes, de patologías crónicas de etiología no oncológica que se encuentran en estas circunstancias.

Podríamos así dividirlos diferenciar en dos grandes grupos:

**Oncológicos:** la incidencia del cáncer se incrementa con la edad (es la segunda causa de muerte en mayores de 65 años), si además unimos el retraso en la consulta, con lo que no se suele realizar un diagnóstico en fases precoces, así como el empleo de menos métodos curativos, nos encontramos en mayor proporción de pacientes en situación de cuidados paliativos.

**No oncológicos:** Existen otras patologías, no oncológicas y con mayor prevalencia en ancianos, que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con la enfermedad:

- enfermedades neurológicas degenerativas (demencia, enfermedad de parkinson)
- enfermedad cerebrovascular
- neumopatías crónicas
- cardiopatías
- hepatopatías
- insuficiencia renal crónica avanzada
- inmovilismo irreversible

En estos pacientes con enfermedades no oncológicas la tendencia generalmente es a una evolución más lenta y renunciar al tratamiento específico suele ser más difícil. El paciente y su familia no tienen habitualmente la misma percepción de gravedad que en las oncológicas. Es más difícil establecer un pronóstico, el riesgo de error es elevado. Ante ello los criterios pronósticos deben considerarse orientativos, (tabla I), 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 salud del anciano, como mejor se mide es en términos de función. 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. Debe corroborarse con el cuidador principal. Las funciones físicas se pueden dividir en tres categorías jerárquicas, para la medición de cada una de ellas existen numerosos instrumentos, de los que citaremos algunos de los usados en nuestro medio.

El objetivo sigue siendo igual que en poblaciones jóvenes, mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de los familiares y cuidadores.

Los principales componentes que inciden sobre la calidad de vida son:

- Control de síntomas (especialmente el dolor)
- Mejoría de la situación funcional, tener en cuenta la tendencia a la incapacidad que ejercen las enfermedades en el anciano
- Mejoría de la situación afectiva
- Cuidados al entorno social (familia, cuidadores).

Para conseguirlo en los pacientes ancianos deberemos aplicar la valoración geriátrica y así establecer un plan de cuidados individualizado por parte de un equipo multidisciplinar, incluyendo no sólo al paciente sino a su entorno (familia, cuidadores), permitiendo el seguimiento y la toma de decisiones ante las distintas circunstancias que se presenten.

El control de síntomas es uno de los elementos clave de los cuidados paliativos.

Síntomas más frecuentes:

- Esfera somática: dolor, disnea, anorexia, inmovilidad, estreñimiento, confusión
- Esfera emotiva: depresión, miedo, ansiedad.
- Sociales: pérdida de estatus social, cambio del papel que juega en su familiar, miedo a la dependencia

Los síntomas más frecuentes son la anorexia y astenia. El dolor, la disnea y dependencia los más importantes y temidos por el enfermo. Y la confusión y la incontinencia los más estresantes para los cuidadores.