

ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON PACIENTES DESAHUCIADOS



- Materia: Enfermería Gerontogeriatrica.
- Catedrática: Gordillo López Beatriz.
- Carrera: Enfermería
- Cuatrimestre: 6to Cuatrimestre.
- Alumno: Gutiérrez Santizo Edwin Orlando.

Tenemos que comprender para poder aliviar, cuidar y curar. Una formación en las relaciones interpersonales permite aprender los valores personales, sociales y culturales que influyen en nosotros mismos, y en las personas que tratamos, respecto de las actitudes adoptadas ante las pérdidas y la separación.



El hombre es conocedor del proceso de vida y sabe que envejece y tiene que morir, pero no quiere envejecer ni morir. Hay que considerar que la muerte forma parte de un ciclo vital. Las personas "conviven con el miedo a la muerte,



Los profesionales de Enfermería, por nuestras responsabilidades inherentes, estamos continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas. Esta confrontación a menudo resulta dolorosa o difícil, pero debemos encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar nuestros sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo las necesidades del paciente



ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON PACIENTES DESAHUCIADOS



el saber sobre la muerte se aprende en las relaciones con otras personas. En estas relaciones descubrimos dónde y cómo se manifiestan las rupturas de comunicación entre personas, entre grupos, en la sociedad en general. Allí es donde se filtra la muerte, en los puntos donde falla el sentido compartido.



No hay que olvidar que el moribundo sigue siendo una persona viva y tiene derecho a una muerte digna



Para poder llevar esta práctica de la mejor manera posible debemos ser conocedores de las peculiaridades y connotaciones que la muerte tiene en las distintas culturas, razas o etnias que se mezclan en nuestra sociedad

1) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.



2) Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.

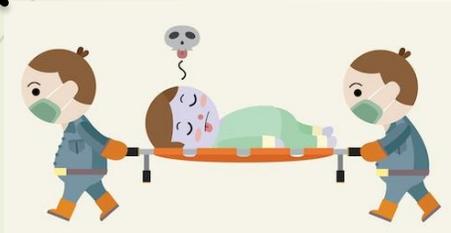


Criterios de situación del enfermo terminal

3) Presencia de numerosos problemas o síntomas.



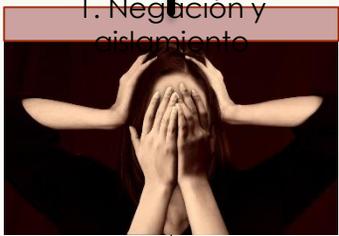
4) Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte.



5) Pronóstico de vida inferior a 6 meses.



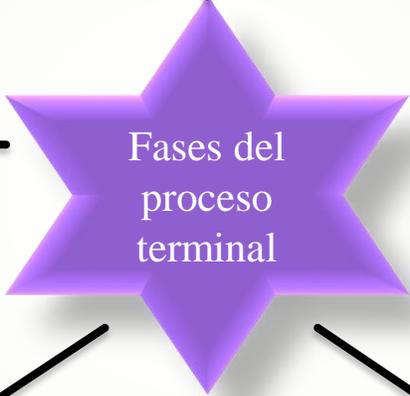
La mayoría al enterarse de su enfermedad mortal reaccionan diciendo, "no, yo no, no puede ser verdadl. Esta negación es común tanto en aquellos a los que se les comunica directamente desde un principio su enfermedad, y a aquellos a los que no se les decía explícitamente y que llegaban a aquella conclusión por sí mismos.



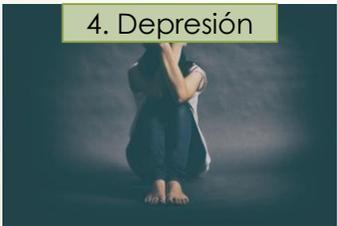
Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, envidia, y resentimiento. Esta fase de ira a diferencia de la anterior es muy difícil de afrontar para la familia y el personal.



En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio "a la buena conducta ", además fija un plazo de "vencimiento " impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.



Cuando el paciente ha tenido tiempo para asumir su situación y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas llegará una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará. Se sentirá cansado, y débil o sentirá la necesidad de dormir a menudo. No hay que confundir esta fase con una fase feliz.



Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidas por una gran sensación de pérdida. Todas estas circunstancias y otras añadidas son razones de depresión para el paciente moribundo que va causar un dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo.

RECOMENDACIONES

1) Asumir que la profesión de Enfermería brinda a sus profesionales la oportunidad especial de ayudar y confortar al moribundo, así como de proporcionar consuelo y comprensión a sus familiares,

2) Que el Equipo de Salud se proporcione respaldo y comprensión mutuamente. Este "espíritu de equipo" incidirá directamente en la calidad de los cuidados al paciente terminal, optimizando por ello la satisfacción de sus necesidades.

3) Animar al Equipo de Salud a escuchar (y a parecer siempre dispuesto a hacerlo) a los pacientes que deseen hablar de sus miedos y temores. Procurar una relación franca y sincera entre el Equipo de Salud y el paciente y sus familiares.

4) No ser demasiado estrictos con las normas y protocolos de la institución donde trabajemos a la hora de aplicarlos, sino más bien adaptarlos a las necesidades de cada enfermo.

5) En cuanto a dar información al paciente sobre el pronóstico de su enfermedad, no podemos negar al enfermo tanto el derecho de conocer la verdad como de no querer conocerla. Así pues, habrá que valorar si lo desea y es conveniente o no.

6) Agilizar si estuviera hospitalizado, si el paciente y/o familia lo desean y resulta conveniente, el alta voluntaria. De esta manera el paciente puede morir en su hogar, en un ambiente íntimo rodeado de sus familiares y amigos.

7) No extremar las medidas terapéuticas para alargar la vida a costa de aumentar el sufrimiento del paciente o alejarlo del contacto humano. Quizá, así, en lugar de alargar la vida se está alargando la muerte.

12) Por último, contemplamos la asistencia a la familia en el duelo, intentando en la medida de lo posible evitar la aparición del duelo patológico.

11) Trabajar con profesionalidad: si personalmente no deseamos plantearnos el tema, al menos como algo cotidiano en nuestro trabajo debemos aceptar que el fin de toda vida es la muerte.

10) Ayudar y orientar a los familiares en las formalidades postmortem: cumplimentación de impresos, derivación a otros profesionales (trabajador social, sacerdote, etc.)

9) Ofrecerle al paciente la posibilidad de ayuda religiosa en las horas finales de su vida, si así lo desea.

8) Tener unos criterios útiles para el uso y administración de fármacos, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad terminal y a su objetivo de confort, teniendo en cuenta la dificultad de administración.

FUENTE DE INFORMACIÓN

- Gordillo, B. (2020). Enfermería Gerontogeriatrica. 15/06/2020, de UDS Sitio web: <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/assinatura/2005de05494987b05a256e2dfbe1c338.pdf>