

Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia:
Medicina Paliativa

Alumna:
Daniela del C. García Ramírez

Docente
Dra Ana Laura Dominguez

Lugar y fecha
Comitán de Domínguez Chiapas a
24/08/2020.

Un enfermo en la fase terminal tiene diversas necesidades comunes a la mayor parte de las personas (de tipo físico, psicológico, espiritual y social) y otras que les son propias del estado de especial vulnerabilidad que le ocasiona su padecimiento. Para conseguir su bienestar y ayudarlo a aceptar la enfermedad es preciso conocerlas bien, detectar sus prioridades y, con respeto a su voluntad, tratar de intervenir en todos los síntomas concretos, orgánicos, o psicosociales que de acuerdo con su biografía individual sean motivo de preocupación para él y así lo exprese en un momento y situación determinados.

Bases para conocer las necesidades de los enfermos

El desarrollo de una comunicación adecuada es el elemento clave para la detección de las necesidades del enfermo en fase terminal y orientar el trabajo que se realice para mantener su calidad de vida. Para Doyle, existe solo una regla para comunicarse con los enfermos, que es:

“Responder con afecto y respeto, claridad y dignidad al contacto físico y al acompañamiento humano, como nos gustaría que otras personas lo hicieran con nosotros”. Muchos de sus motivos de preocupación solo serán revelados a sus interlocutores si estos se muestran sensibles y atentos para comprender lo que subyace detrás de sus comentarios y en las dudas o temores no expresados. Se procurará recoger datos sobre los recursos de ayuda tanto propios como externos, el lugar donde desea ser atendido y la existencia de posibles instrucciones, testamento vital, etc., y otros elementos que puedan influir en su tratamiento. Los enfermos desean sobre todo que se tenga tiempo para escucharles con interés, que el tiempo que se emplee con ellos sea enteramente dedicado a sus personas y que no se les haga sentir que tienen menos importancia o prioridad que otros que pueden curarse. “El tiempo no es una cuestión de longitud, sino de profundidad”.

Todos respondemos al amor y al respeto, a la honradez y dignidad, al contacto físico y a la compañía y los moribundos sienten probablemente más estas cosas que nosotros.

La escucha activa, la capacidad de empatizar y la aceptación son herramientas muy eficaces de la comunicación que se pueden aprender. Requieren esfuerzo, comprensión y una buena dosis de concentración por parte del profesional, ya que este es quien decide qué es lo que le parece importante de lo que le dice el enfermo y qué es lo secundario o no relevante. En este proceso, la comunicación no verbal transmite al otro mucho más fielmente nuestro estado receptivo relajado y acogedor. La empatía nos permite sentirnos próximos al otro en lo que siente y cuáles son sus necesidades psicosociales, y la aceptación, la demostraremos por el interés por lo que nos dice sin juzgarle y nuestra acogida.

NECESIDADES BÁSICAS EN LA FASE TERMINAL DE LA VIDA.

Valoración y Planificación de actividades para el mantenimiento de las funciones orgánicas.

- Necesidades físicas. Higiene y arreglo personal, alimentación, eliminación, movilización, reposo-sueño, disnea, vómitos, diarrea, estreñimiento, caídas, distensión abdominal, cuidados de la piel, cuidados de boca! estomatitis, tratamientos prolongados, farmacología, cuidados de vía endovenosa...
- Necesidades psicológicas y emocionales. Sentirse acogido y querido, compañía y soledad.
- Necesidades psíquicas.
- Necesidades educativas.
- Necesidades ambientales.
- Necesidades espirituales y religiosas, sociológicas.
- Necesidades económicas, jurídicas, familiares...

Individualización de los cuidados. Trabajo en equipo. Problemas relacionados con la enfermedad terminal y muerte.

Dolor. Dejar seres queridos. Sufrimiento. Mundo desconocido. Miedos.

LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO TERMINAL..

Situación de la comunicación en el esquema de salud del enfermo terminal la comunicación elementos básicos el diálogo como medio de comunicación. Comunicación no verbal creación de un medio que permita al enfermo terminal comunicarse en libertad y respeto creatividad en la comunicación la comunicación y la relación de ayuda al enfermo terminal. Actitudes que favorecen la comunicación.

MORIR CON DIGNIDAD. Significado de morir con dignidad. Derechos del enfermo terminal. Importancia del derecho a la intimidad, la Individualidad. Fundamentos antropológicos. La valoración ética. El derecho a morir: muerte "a la antigua", morir en casa, morir en el hospital, muerte social, muerte psicológica, muerte biológica.

LA FAMILIA DEL ENFERMO TERMINAL VISTA DESDE LA SOCIOLOGÍA. Esquema general. La familia en la atención integral del enfermo terminal. Valores de la familia que favorecen al enfermo Terminal. Apertura de la familia y amigos ante las necesidades del enfermo terminal. Ayuda de la sociedad a la familia: ayudas sociales, aportaciones, asociaciones y ayudas individuales. La información a la familia como derecho y necesidad. Toma de decisiones. Pertenencias, testamento, herencia, notario, abogado. Testamento vital, duelo.

LAS NECESIDADES ESPIRITUALES EN EL ENFERMO TERMINAL. El mundo de las necesidades espirituales. Lo espiritual y lo religioso. Necesidades espirituales y religiosas en el enfermo terminal. La ayuda espiritual como proceso y comunicación. Equipos multidisciplinarios

ACTITUD DE ENFERMEROS Y ENFERMERAS ANTE LA MUERTE. La muerte en las sociedades orientales y occidentales la muerte en el cine y en la lírica contemporánea española el profesional de la salud como agente de calidad ante el enfermo terminal. Estilo de los profesionales dedicados al cuidado de enfermos terminales.

EL EQUIPO QUE CUIDA.

¿Quiénes son los profesionales que están al lado del enfermo terminal?:acompañar, acoger, respetar, promover acciones seguras, establecer planes de cuidado conjuntamente con el enfermo, escuchar, abrir ventanas al enfermo para que utilice recursos, educar para afrontar la enfermedad y la muerte

HUMANIZAR LA MUERTE

¡SER FELIZ CUIDANDO! No se puede pretender cuidar a un moribundo por obligación impuesta, sino por obligación libremente elegida. Obligación como derecho del ser humano y estrategia por el amor que tenemos a la persona I a FELICIDAD que proporciona el cuidar al moribundo en el trayecto final de su camino, es algo que merece la pena experimentar.

El cuidado profesional signo de evolución y progreso en nuestra comunidad. Cuidar a enfermos terminales como experiencia humana profesionalizada, enriquecedora y gratificante. Enfermos, familiares y miembros del equipo nos darán a diario lecciones de dignidad. El saber ser y el saber estar se conjugan como nunca al lado de enfermos terminales.

El hombre y la mujer, son luz y amor y éstas son las cosas que lleva cuando sale de esta vida “la LUZ y el AMOR con que VIVIÓ en la tierra”.

LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMEDAD AL PACIENTE: El momento de comunicar a una persona un diagnóstico fatal es una difícil situación. No hay una forma única de hacerlo, y el profesional debe tener siempre presente los derechos del enfermo y respetarlos, y saber individualizar en cada caso. El paciente tiene derecho a saber la verdad, pero en ocasiones también a no saberla; en algunos países, sobre todo anglosajones, se tiende a decir toda la verdad, entre otras cosas para evitar responsabilidades legales; en cambio en otros países se tiende a ocultar el diagnóstico. Siempre hay que tener en cuenta si la persona quiere más información, qué es lo que quiere saber y si está preparada para recibirla. Se debe investigar mediante preguntas abiertas, todo lo que ya sabe, (incluido informaciones de otros profesionales), lo que piensa, o lo que le está preocupando en esos momentos. Preparar previamente la situación; procurar estar en un ambiente agradable, sin interrupciones; utilizar un

lenguaje sencillo, con palabras neutras que no tengan una connotación negativa; utilizar la comunicación no verbal para transmitir afectividad; verificar que entiende lo que se está diciendo, aguardar en silencio respetando el tiempo necesario para que reflexione; contestar las preguntas y ofrecer disponibilidad para todas las futuras dudas que van a ir surgiendo. Hay que valorar el equilibrio psicológico del paciente y es útil para ello investigar reacciones previas ante situaciones difíciles. Puede que la información provoque un choque emocional; algunos factores de riesgo son: pacientes con depresiones severas o enfermedades mentales graves; dolor muy intenso; drogadicción; ancianos socialmente aislados; personas que rechazan los contactos sociales. En estos casos hay que ser muy prudentes y valorar que repercusión puede tener la información administrada. En cualquier caso la comunicación de la verdad debe darse de forma paulatina y continuada, respetando el ritmo individual. Hay que mantener siempre en el enfermo una esperanza realista, por ejemplo esperanza de disminuir los dolores, de ser bien cuidado, etc.

El control de síntomas en el paciente neoplásico en fase avanzada es la base en la que se sustentan los demás principios en cuidados paliativos. A lo largo de la evolución de su enfermedad, los enfermos neoplásicos van a presentar múltiples síntomas de intensidad variable, cambiante y de origen multifactorial.

Para poder realizar un abordaje que permita un control sintomático adecuado es necesario:

1. Previo a cualquier tratamiento, realizar una evaluación etiológica que nos permita determinar si un síntoma es atribuible a la enfermedad neoplásica, secundario a los tratamientos recibidos o bien sin relación con ellos.
2. Determinar la necesidad de tratar un síntoma en función de la fase evolutiva del paciente y de su situación clínica. Valorar la relación daño/beneficio (no siempre lo más adecuado es tratar los síntomas; por ejemplo, administrar antibióticos en un paciente moribundo con fiebre de probable origen infeccioso).
3. Iniciar el tratamiento lo antes posible y realizar un seguimiento de la respuesta al mismo.

4. Elegir tratamientos de posología fácil de cumplir, adecuar la vía de administración a la situación del paciente y mantener la vía oral siempre que sea posible.
5. Evitar la polimedicación y no mantener medicamentos innecesarios hasta el último momento.
6. Informar al paciente, y en su defecto, con su permiso a su familia o cuidador principal, de la situación clínica y las posibilidades reales de tratamiento de los distintos síntomas.
7. Cuidar en el domicilio a un paciente neoplásico en las últimas etapas de su vida genera una gran sobrecarga para la familia tanto desde el punto de vista físico como psicológico. No realizaremos un tratamiento paliativo correcto si no intentamos aliviar esta situación. Es necesario informar y resolver todas las dudas que puedan surgir, así como consensuar las decisiones a tomar con el paciente teniendo en cuenta también a la familiar

OBJETIVO DE CONFORT

Tomando como referencia las fases evolutivas de la historia natural de una buena parte de tumores, podemos definir los métodos y objetivos terapéuticos para cada una de ellas; el tratamiento paliativo desarrolla un papel más predominante conforme la enfermedad avanza. Los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino que son una cuestión de énfasis. Así, aplicaremos gradualmente un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico. En algunos tipos de cáncer esto sucede antes que en otros (por ejemplo, cáncer escamoso de pulmón en comparación con algunos tumores hematológicos). En el momento de agotamiento de tratamiento específico, una vez agotados de forma razonable aquellos que se disponen, entramos por tanto en una situación de progresión de enfermedad, dirigiéndose los objetivos terapéuticos a la promoción del confort del enfermo y su familia. El único papel del tratamiento específico será pues ayudar en este sentido; por ejemplo, la radioterapia en las metástasis óseas.

- a) Evaluar antes de tratar, en el sentido de evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto (Ej.: disnea por infiltración del parenquima, y/o derrame pleural y/o anemia, etc.). Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.
- b) Explicar las causas de estos síntomas en términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar. No debemos olvidar que el enfermo está preocupado y quiere saber por qué tiene los síntomas. Explicar, asimismo, la etiología de las síntomas y la estrategia terapéutica a la familia.
- c) La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.
- d) Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas...). La correcta monitorización nos ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento, y mejorar nuestro trabajo al poder comparar nuestros resultados. Requerirá la validación previa por el equipo del instrumento de medida.
- e) Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican. Actitudes y conductos adecuados por parte del equipo (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico, etc.), contribuyen no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además elevan el umbral de percepción del dolor por parte del Paciente.

Cuando el enfermo dice que le duele, quiere decir que le duele. Es decir, que lo primero que tenemos que hacer es creer al enfermo. Con demasiada frecuencia infravaloramos el dolor que el enfermo refiere. Recuerde que nosotros no estamos para juzgar al enfermo sino para aliviarle. El uso de los analgésicos, debe formar parte de un control

multimodal del dolor. Aunque los analgésicos son el eje del tratamiento del dolor en los enfermos de cáncer, siempre deben ser administrados dentro del contexto de "cuidados globales", de "atención integral" al enfermo, prestando mucha atención a las necesidades psicológicas del paciente, escucharle y hablarle (la morfina enviada por correo no es tan efectiva). Su uso debe ser simple. Los 3 analgésicos de base, son la aspirina, la codeína y la morfina. Los otros son alternativas con los que, sin embargo, se debe tener familiaridad. Es mejor conocer bien pocos fármacos, que tener un conocimiento superficial de todos los disponibles. Se puede, y con frecuencia se debe, mezclar analgésicos periféricos (aspirina) con analgésicos centrales (opioides). Actúan por mecanismos de acción diferentes y potencian sus efectos analgésicos. No se debe, sin embargo, mezclar nunca dos analgésicos opioides. Algunos son compatibles entre sí (por ejemplo, codeína y morfina). Sin embargo, es farmacológicamente absurdo utilizarlos juntos. No tiene ningún sentido y hace difícil su dosificación. Pero es que en muchas ocasiones son incompatibles entre sí (por ejemplo, morfina y pentazocina, morfina y bupremorfina), anulando uno el efecto del otro. Por eso lo mejor es no mezclarlos nunca.

Control de síntomas en cuidados paliativos 25/04/2019 <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/>

12 de febrero de 2020 Nicanor Anierte Hernández. Nicanor Anierte

http://www.anierte-nic.net/progr_asignat_cuidad_terminal.htm#:~:text=2%20%2D%20NECESIDADES%20B%3%81SICAS%20EN%20LA%20FASE%20TERMINAL%20DE%20LA%20VIDA.&text=Higiene%20y%20arreglo%20personal%2C%20alimentaci%C3%B3n,la%20piel%2C%20cuidados%20de%20boca!

Article (PDF Available) in [ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas](#) 34(2):113 · August 2020 with 4,128 Reads DOI: 10.11565/arsmed.v34i2.210. https://www.researchgate.net/publication/305989031_Necesidades_de_los_enfermos_en_el_final_de_la_vida

Guía de Cuidados Paliativos



SECPAL

Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Sociedad Española de
Cuidados Paliativos
SECPAL
www.secpal.com

Cuidados paliativos Control de síntomas

Marcos Gómez Sancho y Manuel Ojeda Martín

Unidad de Medicina Paliativa

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
Las Palmas de Gran Canaria

ResearchGate



Join for free Login

Share ▾

Download full-text PDF

Necesidades de los enfermos en el final de la vida

Article (PDF Available) In [ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas](#) 34(2):113 - August 2016 with 4,128

Reads ⓘ

DOI: [10.1155/arsmed.v34i2.210](https://doi.org/10.1155/arsmed.v34i2.210)

[Cite this publication](#)