



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

Materia:

Medicina laboral

Trabajo: cuestionario

Alumno: Antonio Abigail Díaz Guzmán

Docente: Dra. Domínguez Silva Ana Laura

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 01/09/2020

1. ¿Qué son los cuidados paliativos?

Son los cuidados activos totales e integrales que se proporcionan a los pacientes con una enfermedad en fase avanzada y progresiva, potencialmente mortal a corto plazo y que ya no responde al tratamiento curativo

2. ¿Qué es un enfermo al final de la vida?

Es toda persona que ha sido diagnosticada con certeza de un padecimiento avanzado, incurable, progresivo, que no responde a tratamientos específicos y que tiene una expectativa de vida reducida, por lo general, menor a los 6 meses. Su tratamiento de base pasa a ser de tipo paliativo.

3. ¿Qué pacientes deben recibir cuidados paliativos?

Surgieron para los enfermos oncológicos, por el bienestar que producen se utilizan cada vez más en otras patologías crónicas: cardiopatías, enfisema, ictus, cirrosis, demencia.

4. ¿Cuáles son las metas de los cuidados paliativos?

La búsqueda de su bienestar a través de un tratamiento adecuado del dolor y otros síntomas, el alivio y la prevención del sufrimiento con el mayor respeto a su dignidad y autonomía y el apoyo a su familia, para que se enfrenten mejor a la futura muerte y al duelo

5. ¿Cómo actúan los cuidados paliativos?

Los Cuidados Paliativos consideran que la fase final de la vida para un enfermo puede ser un período útil, no sólo para conseguir el alivio de sus molestias, reducir la sensación de amenaza que éstas significan para su vida, sino también para ayudarle, si es posible, en su propia realización personal y en la satisfacción de otras necesidades.

6. ¿Cuáles son las bases de los cuidados paliativos?

Una buena comunicación, un control adecuado de los síntomas, alivio del sufrimiento y, apoyo a la familia antes de la muerte y durante el proceso del duelo.

7. ¿Por qué es importante el control de los síntomas?

Los síntomas son para la persona una llamada de atención de su organismo que no se encuentra bien, por lo que cuanto más intensos y persistentes sean, más sensación de amenaza representa para su existencia. Pueden deberse directamente a la misma enfermedad, o indirectamente por un trastorno coexistente no relacionado con la enfermedad principal

8. ¿Qué se puede hacer para aliviar el dolor?

El dolor es uno de los síntomas más importantes que puede afectar significativamente la calidad de vida de los enfermos. Si es persistente es capaz de cambiar el estado de las transmisiones neuronales con activación de vías previamente silenciosas, hasta volverse el centro de su existencia e incluso, acelerar su muerte por la gran sobrecarga que representa al organismo.

9. ¿Cuáles son las metas para el alivio del dolor?

Aumentar el número de horas de sueño sin dolor, aliviar el dolor cuando el paciente está descansando, aliviar el dolor cuando el paciente está de pie o se encuentre activo.

10. ¿Qué barreras impiden un control del dolor?

Insuficiente capacidad de valoración del personal, Conocimiento insuficiente de las estrategias de tratamiento farmacológico y de otro tipo, Ideas erróneas sobre la posibilidad de crear adicción, Dificultad para la regulación de fármacos analgésicos, Reticencia del paciente a comunicar dolor, Reticencia del paciente a consumir opiáceos

11. ¿Cuándo se considerará controlado un dolor?

Escala visual analógica de menos 3 (1-10), Una escala descriptiva simple del dolor hecha por el equipo menor a 3 (0-5), Un número de crisis menor a 3 al día y cuando este alivio haya influido favorablemente sobre el sueño/reposo y movilización.

12. ¿Puede la familia colaborar en el alivio del dolor?

La familia puede ser de mucha ayuda para aliviar el dolor del enfermo, no sólo por su propio conocimiento de éste, de su experiencia sobre lo que le alivia o le agrava, sino también porque puede aprender a evaluar con el paciente la intensidad del dolor y administrar, si es preciso, una mayor o menor dosis de los fármacos.

13. ¿Por qué es necesario aliviar el sufrimiento en la fase final?

El alivio o la abolición de las causas físicas del sufrimiento es una necesidad ética, pero es imposible atenuar la angustia mental del enfermo sin haberle liberado antes de una molestia física constante como el dolor. El paciente, al ver amenazadas sus expectativas vitales, desarrolla un cuadro de ansiedad, preocupación y miedo.

14. ¿Cómo reducir la intensidad del sufrimiento?

Detectar a tiempo los síntomas, miedos y situaciones que preocupen al paciente, así como sus orígenes, compensar o atenuar dichos síntomas y tratar de suavizar la amenaza que representan por la puesta en práctica de los recursos terapéuticos existentes, detectar y potenciar los propios recursos del paciente a fin de disminuir, eliminar o prevenir la sensación de impotencia, y aumentar, hasta donde sea posible, su percepción de control de la situación.

15. ¿Por qué el paciente puede desear morir?

Angustia, desesperación o depresión, Necesidad de un mejor control sintomático, No querer probar nuevos tratamientos, Pedir que se supriman los tratamientos prolongadores de la vida

16. ¿Cuándo es posible suspender un tratamiento?

La enfermedad tiende a atravesar conforme progresa hasta la muerte por diversas etapas, por lo que debemos diferenciar “niveles de tratamiento,” de más a menos agresivos según el estadio en que se encuentre, para poder determinar si una medida terapéutica es o no apropiada teniendo en cuenta la situación clínica del enfermo y las consecuencias que se prevén de su utilización.

17. ¿Cuándo un enfermo debe ser ingresado en una unidad de cuidados paliativos?

Mal control de síntomas físicos o psicológicos, Urgencias paliativas (riesgo de sangrado masivo, de compresión de vías aéreas, compresión medular, hipercalcemia. Reagudizaciones de su patología pulmonar cardíaca, metabólica, no controladas en el domicilio, causas socio-familiares: claudicación familiar o situación familiar que dificulte la atención del paciente en el medio domiciliario, Condiciones inadecuadas del hogar, Existencia de pocos cuidadores o si éstos son mayores.

18. ¿Cómo se puede diferenciar y saber si alguien sufre de anorexia o si esta padeciendo caquexia?

La anorexia es un trastorno alimenticio (un trastorno psicológico multifactorial) donde hay bajo peso, pero no necesariamente hasta el extremo de la desnutrición. La caquexia es una enfermedad orgánica de extremo bajo peso con desnutrición y puede ser a causa de la anorexia o por otros factores. No necesariamente

19. ¿Qué es la caquexia?

Es definida por una pérdida acelerada de peso, en particular de masa muscular, es una complicación frecuente en los pacientes con cáncer, un factor de mal pronóstico y que condiciona la tolerancia al tratamiento citostático y en último término una causa importante de muerte.

20. ¿Cuál son los criterios diagnósticos de caquexia?

Criterio Menor Pérdida de peso > 5% en los últimos 12 meses, Criterio mayor Astenia, Aumento de los marcadores inflamatorios (IL-6), Anemia (Hb < 12 g/dl) e Hipoalbuminemia (Albúmina < 3.2 g/dl)

21. ¿Qué es la conciencia?

Es el proceso fisiológico en el cual el individuo mantiene un estado de alerta, con pleno conocimiento de sí mismo y de su entorno.

22. ¿cuáles son los grados de trastorno de la conciencia?

Letargia, Obnubilación, Estupor, Coma

23. ¿Cuál es la definición de coma?

Constituye la depresión completa de la vigilia de la cual el paciente no puede ser despertado con ningún estímulo.

24. ¿Por qué los analgésicos deben darse a horas fijas?

Se evita la aparición del dolor, Se precisan dosis mayores, El paciente pierde la confianza en el equipo, Pacientes con miedo a la dependencia

25. ¿Por qué no se poder un placebo?

No pueden utilizarse los placebos para valorar el predominio de los componentes psicológicos ya que hasta un 30 y un 40 por ciento de personas con dolor de origen orgánico pueden mostrar respuesta analgésica al placebo.

26. ¿Cuáles son los pasos para la Atención Paliativa?

Identificar necesidades multidimensionales, Practicar un modelo de atención impecable, Elaborar un plan terapéutico multidimensional, Identificar valores y preferencias del paciente: ética clínica y directivas anticipadas. Involucrar a la familia y al cuidador principal, Adaptar, organizar, llevar a cabo la gestión del caso, su seguimiento, la atención continuada y urgente.

27. ¿Cuáles son los tipos de trastorno de la conciencia?

coma, estado vegetativo, mutismo aquinético y el estado de conciencia mínimo

28. ¿Cuáles son las vías anatómicas del SRAA y de donde se originan?

Vía Directa: se origina en diencefalo y se proyecta a la corteza, Vía Indirecta: Se origina en el mesencefalo, releva al tálamo y se proyecta a la corteza

29. ¿Para qué no sirve el NECPAL?

Para determinar el pronóstico o la supervivencia, Para contraindicar, necesariamente, la adopción de medidas de control de la enfermedad, o el tratamiento de procesos intercurrentes, Para rechazar medidas terapéuticas curativas proporcionadas que puedan mejorar la calidad de vida.

30. ¿Que es anorexia?

La anorexia es un trastorno alimenticio (un trastorno psicológico multifactorial donde hay bajo peso, pero no necesariamente hasta el extremo de la desnutrición