



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TEMA:

Valoración del Estado Nutricional en el adulto mayor con enfermedades catastróficas que reciben cuidados paliativos en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2 entre noviembre del 2022 y febrero del 2023.

AUTORA:

Rodríguez Benavides Gabriela Belén

**Trabajo de titulación previo a la obtención de título de
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

TUTOR:

Dra. Páez Galarza Leticia Geovanna

Guayaquil, 5 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Certificación

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Rodríguez Benavides Gabriela Belén**, como requerimiento para la obtención del título de **licenciatura en Nutrición y Dietética**.

TUTORA

f. _____

Dra. Páez Galarza Leticia Geovanna

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dra. Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, 5 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Rodríguez Benavides Gabriela Belén

DECLARO QUE:

El trabajo de Titulación: **Valoración del Estado Nutricional en el adulto mayor con enfermedades catastróficas que reciben cuidados paliativos en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2 entre noviembre del 2022 y febrero del 2023**, previo a la obtención del título de **licenciatura en Nutrición y Dietética**, ha sido desarrollado respetando todos los derechos intelectuales de terceros conforme a las citas presentes en este documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 5 días del mes de septiembre del año 2023

AUTORA

f. _____

Rodríguez Benavides, Gabriela Belén



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Rodríguez Benavides Gabriela Belén**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Valoración del Estado Nutricional en el adulto mayor con enfermedades catastróficas que reciben cuidados paliativos en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2 entre noviembre del 2022 y febrero del 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva y total autoría.

Guayaquil, a los 5 días del mes de septiembre del año 2023

AUTORA

f. _____
Rodríguez Benavides, Gabriela Belén

REPORTE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Rodríguez Benavides Gabriela Belén

1%
Similitudes



2% Texto entre comillas
< 1% similitudes entre comillas
4% Idioma no reconocido

Nombre del documento: Rodríguez Benavides Gabriela Belén.pdf
ID del documento: 04c2df6411cca86345d160d1b37ddf50002a9852
Tamaño del documento original: 2,39 MB

Depositante: Leticia Geovanna Páez Galarza
Fecha de depósito: 17/8/2023
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 17/8/2023

Número de palabras: 23.685
Número de caracteres: 171.118

Ubicación de las similitudes en el documento:



Firmado electrónicamente por:
**LETICIA
GEOVANNA PAEZ
GALARZA**

AGRADECIMIENTO

Deseo Agradecer a Dios, por haberme permitido llegar a esta etapa de mi vida. A mi familia, que ha sido pilar fundamental en mi educación y que me han apoyado durante toda la carrera, a mis amigas, Rebeca Sánchez y Daniela Suárez, que estuvieron presente incondicionalmente. A mi tutora Páez Leticia, por su valiosa paciencia en la guía de este trabajo y como docente. A todos, quienes de una u otra forma colaboraron para alcanzar el presente conocimiento y trabajo.

Rodríguez Benavides Gabriela Belén

DEDICATORIA

A mi mamá, Graciela Benavides, por su sacrificio y esfuerzo constante para brindarme lo mejor en toda mi vida, a mi abuelo Oswaldo Benavides, por ser el apoyo fundamental en esta etapa.

En memoria de mi abuela Graciela Córdova, que con su ejemplo fue mi inspiración para poder realizar este trabajo.

Rodríguez Benavides Gabriela Belén



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
Dra. Celi Mero, Martha Victoria
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
Ing. Poveda Loor, Carlos Luis
COORDINADOR DEL ÁREA

f. _____
Dra. Santelli Romano, Mónica Daniela
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Formulación del problema	6
2. OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo general	7
2.2 Objetivos específicos	7
3. JUSTIFICACIÓN.....	8
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1 Marco Referencial.....	9
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	12
4.3 CUIDADOS PALIATIVOS	12
4.3.1 ORIGEN Y CONCEPTO	12
4.3.2 LOS HOSPICIOS.....	21
4.3.3 CUIDADOS PALIATIVOS, AGONÍA Y ENFERMEDAD TERMINAL.....	24
4.3.4 EXPANSIÓN Y EPIDEMIOLOGICA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS..	30
4.3.5 CUIDADOS PALIATIVOS EN LA GERIATRIA.....	35
4.3.6 NUTRICIÓN GERIÁTRICA	39

4.3.7	ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL ADULTO MAYOR	42
4.3.8	ROL DE LA NUTRICIONISTA EN PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS.	43
4.3.9	ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN CUIDADOS PALIATIVOS..	50
4.4	MARCO LEGAL	51
5.	FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	53
6.	IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	54
	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS.....	54
	PARÁMETROS BIOQUÍMICOS	57
7.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
7.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
7.2	Universo y Muestra.....	59
7.2.1	Criterios de Inclusión	59
7.2.2	Criterios de Exclusion	60
7.3	TÉCNICAS ES INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS.....	60
7.3.1	TÉCNICAS	60
7.3.2	INSTRUMENTOS.....	60
8.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	61
9.	CONCLUSIONES	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución porcentual de la población de estudio según el sexo	61
Gráfico 2. Distribución porcentual de la población de estudio según su frecuencia de alimentos (Frutas).....	62
Gráfico 3. Distribución porcentual de la población de estudio según su frecuencia de alimentos (Vegetales)	63
Gráfico 4. Distribución porcentual de la población de estudio según su frecuencia de alimentos (Snacks/productos de pastelería)	64
Gráfico 5. Distribución porcentual de la población de estudio según sus exámenes bioquímicos (Glucosa).....	65
Gráfico 6. Distribución porcentual de la población de estudio según sus exámenes bioquímicos (Hemoglobina).....	66
Gráfico 8. Distribución porcentual de la población de estudio según sus exámenes bioquímicos (Triglicéridos).....	67
Gráfico 9. Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Hipertensión arterial).....	68
Gráfico 10. Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Diabetes mellitus).....	69
Gráfico 11. Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Alzheimer/demencia)	70
Gráfico 12. Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Problemas cognitivos).....	71
Gráfico 13. Distribución porcentual de la población de estudio según su Cribado nutricional (MNA).....	72

RESUMEN

Los cuidados paliativos en el adulto mayor brindan y proporciona servicios de salud integral que cubren las necesidades y preferencias individuales, por medio de cuidados y atenciones multidisciplinaria que buscan una calidad de atención a los enfermos en conjunto familiar, tratando de aliviar el sufrimiento en todas las etapas del tratamiento, por medio de evaluaciones, monitoreos y controles físicos, nutricionales y emocionales

Metodología: Se realizo por medio de Historia clínica, tamizaje, antropometría y el uso de IBM SPSS STATISTICS

Resultado: Por medio del análisis se determinó la relación entre la alimentación con respecto a las alteraciones bioquímicas y las fluctuaciones de peso en cada mes

Conclusión: La nutrición es parte fundamental en el alivio y la comodidad del paciente en cuidados paliativos.

Palabras claves: *Adulto mayor, Cuidados Paliativos, Calidad de Vida, Enfermedades Catastróficas, Tamizaje Nutricional, Alimentación Geriátrica.*

ABSTRACT

Palliative care in the elderly provides comprehensive health services that meet individual needs and preferences, through multidisciplinary care and attention that seek quality care for the sick as a family, trying to alleviate suffering at all stages of treatment, through evaluations, monitoring and physical, nutritional, and emotional controls.

Methodology: It was carried out by means of clinical history, screening, anthropometry, and the use of IBM SPSS STATISTICS.

Result: Through the analysis, the relationship between nutrition with respect to biochemical alterations and weight fluctuations in each month was determined.

Conclusion: Nutrition is a fundamental part in the relief and comfort of the patient in palliative care.

Key words: Elderly, Palliative Care, Quality Of Life, Catastrophic Diseases, Nutritional Screening, Geriatric Nutrition.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos es un derecho al que tiene acceso toda persona, proporcionados por servicios y centro de salud integral, cubriendo sus necesidades y preferencias individuales, son un conjunto de cuidados y atenciones multidisciplinarios que buscan la propagación de una buena calidad de atención de los enfermos, resaltando al adulto mayor que son una población vulnerable a enfermedades catastróficas, se establece que esto es un problema a nivel universal por lo que se busca en su mayoría la prevención, pero en los últimos años, se presenta un aumento gradual de algunas enfermedades consideradas crónicas, asociadas con el estilo de vida y envejecimiento progresivo de nuestra población, enfocándose en especial atención en los tratamientos contra el cáncer, malformaciones congénitas del corazón, tumores e insuficiencia renal crónica, Alzheimer, Parkinson y trastornos emocionales etc.

Ante la presencia de estas enfermedades, el equipo médico busca que los efectos secundarios o secuelas de la enfermedad principal, no se desarrollen de manera esporádica y se pueda mantener un control de estas, pero en su tratamiento llega a provocarse estrés, traumar y efectos secundarios que requieren una intervención inmediata por medio de los denominados cuidados paliativos o atención médica de apoyo.

En los adultos mayores (mayores a 60 años) el envejecimiento natural, actualmente es también reconocido como marcador que limita su vida y da incremento hacia las enfermedades crónicas, entre ellas están el alzhéimer, demencia, enfermedades pulmonares, eventos cerebrovasculares, cáncer, entre otras.

Sin embargo, las condiciones de salud de este grupo poblacional dependen directamente de su situación sociodemográfico, ya que acceder a todos los cuidados paliativos requiere un equipo completo de profesionales, al aplicar estos medios se deben individualizar cada intervención respetando los deseos

de la persona y permitiéndolo suspender en caso de que no se le brinde el alivio que necesite o simplemente así lo desee.

Es importante señalar que no deben ser tomados simplemente como procedimientos, tamizajes o abordajes terapéuticos de base, sino como política pública integradora del sistema de salud en el fin de la vida, permitiendo el desempeño de cada uno del equipo multidisciplinario especializado, que este deben lograr entender, simpatizar y cubrir las necesidades de la persona y familiares con estas necesidades. Todo este equipo debe brindar y mostrar respeto, paciencia, apego y constancia a las aplicaciones de sus servicios, bajo los principios éticos y morales, resguardando la dignidad humana hacia la situación del paciente.

Las personas que se encuentran en esta etapa del final de su vida, es muy importante tener en cuenta el gran cambio que están pasando en su vida; cambios emocionales, profesionales, nutricionales, espirituales que los lleva a sumergirse en depresión y descompensación total de salud, por lo que el profesional debe buscar, desarrollar nuevas competencias y abordajes. La finalidad de esta investigación es establecer la relación y necesidad fundamental del apoyo y terapia en el adulto mayor con enfermedades catastróficas, frente a todos los demás cuidados paliativos, en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2 de Guayaquil, durante el periodo 2022-2023 para brindar satisfacción para lograr una calidad de vida hasta sus últimos días.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cuidados paliativos, también conocidos como atención médica de apoyo, son parte importante y fundamental en el tratamiento de enfermedades catastróficas desde la etapa inicial, ya que pueden retrasar los efectos secundarios, mejorando la calidad de vida del paciente haciendo que tenga motivación y satisfacción con los tratamientos. Se debe tomar en cuenta que estos tratamientos son multidisciplinarios, ya que en una enfermedad catastrófica el paciente es más susceptible con sus emociones mostrando rechazo a estos tratamientos.

El área Nutricional es una de las primeras en actuar, siendo la alimentación un punto esencial no solo para cubrir las necesidades energéticas sino para brindar el beneficio nutricional que requiere el paciente. Sin embargo, se lo ha dejado por alto en muchas ocasiones siendo objeto de discusión para muchos profesionales del área de la salud, ya muchas veces son generalizados y en otras son manejados como temas separados ya que el punto de los cuidados paliativos busca el alivio, apoyo y control del estrés del paciente, y el punto de la alimentación brinda el beneficio del aporte nutricional adecuado mediante la nutrición, sin aseguramiento clínico de curación.

En el punto de vista dietético se debe ofrecer placer, comodidad y respeto a los gustos, filosofía, cultura y clase social del paciente y los familiares por lo que el apoyo nutricional debe ser adecuados y adaptables con la terapia paliativa para conseguir mejor calidad de vida.

En Ecuador no existen centros científicos que se dediquen plenamente a este tema, sin embargo, en el 2018 se estableció.

La Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (ASECUP), una organización que busca el impulso al desarrollo de los cuidados paliativos, tomando en cuenta las crecientes nuevas olas de rebrotes de enfermedades que van en aumento hace que estos tratamientos deben ser aplicados en continuidad desde el inicio

de la enfermedad, por las recaídas o efectos secundarios, sean nuevamente usados y profundizados sobre todo el apoyo nutricional.

1.1 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la valoración nutricional y los cuidados paliativos ante una enfermedad considerada catastrófica en el adulto mayor en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2, durante el periodo de noviembre 2022 y febrero 2023?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Establecer una valoración del estado nutricional en el adulto mayor con enfermedades catastróficas, frente a todos los demás cuidados paliativos, en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2, durante el periodo de noviembre 2022 y febrero 2023, para brindar calidad de vida.

2.2 Objetivos específicos

- Evaluar la antropometría en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2, durante el periodo de noviembre 2022 y febrero 2023 por medio de cintra métrica.
- Analizar la Bioquímica por medio de Historia clínica en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2, durante el periodo de noviembre 2022 y febrero 2023.
- Determinar el estado nutricional por medio del Tamizaje o cribado Nutricional (MNA) en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2, durante el periodo de noviembre 2022 y febrero 2023.
- Aplicar la dietética adecuada por medio de la frecuencia de alimentos en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2, durante el periodo de noviembre 2022 y febrero 2023.

3. JUSTIFICACIÓN

La implementación de establecer una relación fundamental de la valoración nutricional para el adulto mayor con enfermedades catastróficas que podría ayudar a que se interesen y motiven a tener una atención integral, no dejando que sus enfermedades catastróficas lleguen a acelerar su fecha de muerte.

Según el Ministerio de Salud Pública son llamadas Enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, aquellas que destruyen total o parcialmente la salud del ser humano, muchas veces de forma silenciosa antes de ser detectadas, afectan tanto a la persona implicada como a su familia y allegados. El estado ecuatoriano tiene la obligación de cubrir las necesidades brindando atención primaria y especializada por medio del Ministerio de Salud Pública, recalcando que en este tipo de enfermedades crean mayor incapacidad al paciente siendo propenso a entrar en un estado de vulnerabilidad.

Es importante señalar que no deben ser tomados simplemente como procedimientos, tamizajes o abordajes terapéuticos de base, sino como política pública integradora del sistema de salud en el fin de la vida, permitiendo el desempeño de cada uno del equipo multidisciplinario especializado. Todo este equipo debe brindar y mostrar respeto, paciencia, apego y constancia a las aplicaciones de sus servicios, bajo los principios éticos y morales, resguardando la dignidad humana hacia la situación del paciente.

Las personas que se encuentran en esta etapa del final de su vida, es muy importante tener en cuenta el gran cambio que están pasando en su vida; cambios emocionales, profesionales, nutricionales, espirituales que los lleva a sumergirse en depresión y descompensación total de salud, por lo que el profesional debe buscar, desarrollar nuevas competencias y abordajes que lleven al paciente a colaborar con el tratamiento brindado que debe estar unificado en armonía entre todos.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco Referencial

La OMS afirma y enfatiza que “existen evidencias de que la gente envejecida sufre innecesariamente debido a carencias de tratamientos y por la falta de acceso a programas de cuidados paliativos”. (1)

En un estudio realizado en Chile de los 13.900 pacientes de las unidades de Cuidados Paliativos, un 78% ya comenzó a sufrir los primeros efectos secundarios que son la anorexia, con un 67% de náuseas, insomnio y vómitos y un 60% disnea, depresión y ansiedad. Mientras que los pacientes terminales con insuficiencia cardíaca avanzada se evidenció un 63% presentaba dolor general por todo el cuerpo y un 51% disnea; en pacientes con enfermedades motoneurona (daño en células ubicadas en la médula espinal y cerebro), se vio una prevalencia del 65% de constipación (estreñimiento crónico y poco frecuente), 57% dolor general, 53% de tos, 48% de insomnio y 47% de disnea, a pesar de los síntomas físicos los casi en un 95% todos los pacientes de todas las enfermedades experimentaron una sensación de amenaza, vulnerabilidad y ansiedad incontrolable, por el mismo hecho de encontrar en una situación irreversible, y la voluntad desaparece totalmente, todo esto son solo síntomas que se intensifican semanas previas a su deceso. El desarrollo de los cuidados paliativos ingleses, son base y modelo para todos los demás en el mundo, pero los demás como Estados Unidos han implementados cambios y diferencias de los demás como el servicio a domicilios, registrándose en 1994 se atendió más de 340.00 pacientes oncológicos y de otras enfermedades. Así mismo se dio a conocer un estudio formado con 9000 pacientes hospitalizados con enfermedades catastróficas y terminales, han demostrado un círculo vicioso de altos niveles de síntomas físicos y una falta de interés terapéutica, estimándose que casi un 53% pudo haber evitado sufrir antes de su muerte si tan solo hubiera contado con el tratamiento adecuado. (2)

Ya para entonces ya en Inglaterra se registraba que 2 de cada 3 pacientes morían a causas de estas enfermedades crónicas, que pudieron haberse ralentizado si tan solo se hubiera contado con un equipo médico capacitado y sistemas de soportes nutricionales, farmacéuticos y psicológicos. Ambos estudios nos han mostrado lo poco o nada que se le prestaba atención al paciente terminal, y que simplemente se lo dejaba “a un lado” ya que hasta para el mismo paciente invertir tiempo y dinero en él, sería una pérdida completa de tiempo. Sin embargo, estos temas de fin de la vida o prolongar la vida son vistos de una manera tan primitiva que la medicina se ha visto en la necesidad de investigar e invertir en centros, hospicios especializados que solo han ido en crecimiento y hasta en 2020, se registró en Estados Unidos aproximadamente 2400 programas de Hospice y cuidados paliativos, siendo los pacientes oncológicos como los primeros pacientes de la atención paliativa a nivel mundial. (3)

En una recopilación de estudios latinoamericanos, un estudio descriptivo realizado en Uruguay por Santos et al. En el 2009, reporto una prevalencia en el uso de CP (cuidados paliativos) del 23.5% y un 6,7% en sedación, por motivos de: delirio (60,3%), dolor general (44.8%), disnea (17,2), convulsiones (3,4%) y un (1,7%) por vómitos, en la mayoría de los países de toda la región el uso de CP es escasos. (4)

En Colombia se destacó un trabajo realizado por Parra (2018), cuyo estudio descriptivo incluyo 66 pacientes respectivamente con cáncer avanzado, el cual reporta una prevalencia del SP del 2%, con las principales indicaciones fueron: disnea (59%), delirio (45%) y dolor general (32%); todas estas características de la población, como indicaciones en la forma de uso y resultados del tratamiento son consistentes con los demás resultados de otras poblaciones. (5)

No obstante, sobresale la baja prevalencia de CP en pacientes con enfermedades oncológicas, en comparación con otros informes; posiblemente por estas razones expuestas por Parra et al. Incluye el moderado desarrollo de

cuidados paliativos en el país, así como los conceptos erróneos de sedación terminal.

Según los estudios es más accesible a una población en pacientes en fase terminal (adultos) por la capacidad comprensiva del proceso de decisión mientras que los demás grupos hay incidencia en problemas cognitivos. Estos desafíos no son independientes de todas las áreas de la salud, pero el grupo poblacional de adulto mayor siempre será un grupo de difícil acceso y más en cuidados paliativos, sin embargo, siempre debe haber el respeto a los principios éticos internacionales, se debe poner cuidado a los procesos de evaluación de riesgos y ventajas de un proyecto de manera que la investigación logre los objetivos implantados aun tomando él cuenta la progresión de la enfermedad. (6)

4.2 MARCO CONCEPTUAL

4.3 CUIDADOS PALIATIVOS

4.3.1 ORIGEN Y CONCEPTO

Los cuidados paliativos es un derecho al que tiene acceso toda persona, proporcionados por servicios y centro de salud integral, cubriendo sus necesidades y preferencias individuales. Son un conjunto de cuidados y atenciones multidisciplinarios que buscan la propagación de una buena calidad de atención de los enfermos (niños, adultos y adultos mayores), en conjunto con sus familias. Buscan la prevención al desarrollo de la enfermedad, alivian el sufrimiento en todas las etapas del tratamiento, se manejan por medio de evaluaciones, monitoreos y control adecuado a problemas asociados como físicos, nutricionales, psicosociales, financieros y espirituales. (6)

Antiguamente lo cuidados paliativos no eran conocidos como tratamiento, medicina o tenían algún reconocimiento histórico, sin embargo, cuando las personas morían o estaba por morir en esa época se contaba con hospicios, lugares o casas pequeñas de acogida para que las personas mueran. Los cuidados paliativos no tiene un significado o palabra en concreta ya que los términos que conocemos actualmente son una evolución de varias palabras a lo largo de la historia como en francés la palabra hospice puede usarse como sinónimo de hospital, mientras que el significado de paliativo se deriva de una palabra latina pallium, (manto haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento) y una griega xenoduchium (huésped), que tuvieron su primera aparición en las instituciones cristianas (territorio bizantino, Roma) extendiéndose por toda antigua Europa. Durante todo el siglo XIX, la tarea del médico frente a un situación catastrófica es el “efecto placebo” ya que no se tenía estudio, análisis ni los tratamiento adecuados para las enfermedades, por lo que las enfermedades evolucionaban de manera esporádica con una esperanza de vida de menos de tres meses, pero fue durante el siglo XX que se dio un cambio de

enfoque y orientación a la evolución de las enfermedades donde el médico buscaba y trataba el inicio, origen y formas de curar las enfermedades dándose grandes avances en la medicina contemporáneo, pero esto con llevo a que su enfoque solo sea de base, de origen dejando a un lado o de segundo plano los síntomas de dolor finales, por ello hoy en día la medicina busca una forma de evitar, eliminar y prolongar la vida dando que por muchos años solo se ha dado resultados fútiles y encarecimiento terapéutico. En toda la historia siempre se tratado de desviar la actitud de la persona frente al final de su vida o la muerte misma, pero siempre ha estado presente. En la edad Media inicialmente la mayoría de las personas (campesinos, vagabundos y gente de bajos recursos) realizaban el comunismo, conocido como “muerte de uno miso”, donde morían solos y abandonados; sin embargo, aquellos que tenían una familia o personas significativas gozaban de tener la llamada “muerte del otro”, donde el familiar sufre la muerte del otro. Estos procedimientos se refinaron y comenzaron a llamarse “muertes domésticas” un término arcaico, que se usaban cuando el paciente estaba consciente que su muerte llegaría en pocos días; esto se realizaba de forma íntima y familiar en un rito de habitación, pero solo aquellos que eran de una buena posición económica y social podían tener este acceso a una “buena muerte”, donde incluso el dolor físico del momento era opacado para dar paso al juicio final, santos oleos y preocupación de donde seria sepultado, era lo que se consideraba como el sacrificio final para llegar a la salvación. (7)

Con el tiempo esto solo fue modificándose de acuerdo con la situación que se vaya presentando, pero fue a partir de la primera guerra mundial, que se inició el termino denominado “muerte prohibida” en el enfoque de la parte del dolor, sufrimiento inminente de la muerte, era apartada e ignorada de la vida diaria, donde la muerte se realizada solo porque morir acompañado era un tabú en ese entonces, pero de igual forma era un tema que comenzaba a ser más que solo asumir la muerte propia o la de los demás en donde comenzaron los primeros establecimientos donde se reunía gente que ayudaba en esta situación y que fueron conocidos como hospicios. Si bien antiguamente los cuidados paliativos se basaban en un acompañamiento de los familiares hacia la muerte de su ser

querido, sus antecedentes comenzaron a basarse en ocultar la verdad de la condición del paciente, más que buscar una solución o tratamiento hacia el sufrimiento de la enfermedad. (8)

El termino conocido actualmente es dado por la Doctora Cecily Saunders (hospice St. Christopher de Londres) que inicio como enfermera Hospitalaria Británica y es considerada como pionera en los hospicios modernos y cuidados paliativos, que fue en 1967, tras series de muestras se evidencio que los pacientes que estaban en situaciones catastróficas o “en estado final de vida” eran simplemente dejados aun lado sin recibir algún tratamiento o esfuerzo para disminuir el sufrimiento actual, que hacían que reemplacen el hospital por la casa, y no permitir un despliegue emocional público, donde también no solo se quedó como un “dolor total físico” sino también se vio claramente afectando la parte emocional y psicológica, que comprendía de cuadros severos de depresión, bipolaridad, ansiedad, trastornos de sueño. Se demostró que como sociedad y comunidad a pesar del paso de tantos años no se ha podido hacer frente a asumir la mortalidad propia ni la de los demás, ya que la ansiedad, depresión y miedo son factores comunes en esta situación. El profesor y doctor Balfour Mount acuñó y separó completamente los términos hospice y cuidados paliativos, donde en 1980 la OMS incorpora oficialmente los Cuidados Paliativos como concepto y programa contra la lucha del cáncer, que en ese entonces era una de las enfermedades número uno en ser considerada catastrófica, pero y no serie hasta 1987 que fue aceptada como subespecialidad de medicina y a partir del 2002 se une oficialmente en programas asistenciales. (9)

En 1996 en México, la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), surgen un movimiento por pacientes con cáncer por el incremento epidemiológico de dicha enfermedad, donde se propuso analizar, modificar, regular el control de la medicina hacia las personas con estas enfermedades, donde a partir de ese momento la Norma Mexicana puso en práctica la medicina para el dolor y los cuidados paliativos. Dentro de los años cincuenta y sesenta del siglo XX, se inició el boom de paradigmas morales y

culturales donde los científicos comenzaron un desarrollo y evolución, entre esos estudios se encontraba el tratamiento del dolor y la medicina paliativa. Los conceptos y términos se los acuñó a John J. Bonica, Cecily Saunders y Elisabeth Kübler Ross, que aportaron la importancia del cuidado en pacientes terminales y paliativos (10)

Un destacado médico anestesista John J. Bonica, en 1944, fue asignado como jefe de Anestesia en el Centro de operaciones del hospital Maldigan Amy (Washington, Estados Unidos), donde se atendía en prioridad a los soldados heridos de la Segunda Guerra Mundial, como el hospital no se daba abasto, los heridos llegaban a montones, donde se vivía una oleada de gritos y suplicas de dolor, fue cuando Bonica, priorizo el aliviar el dolor promoviendo el uso de la anestesia regional en conjunto con las medicinas opioide, estos últimos no eran vistos con buenos ojos, ni con dosis adecuadas por el miedo incoherente de que se formara dependencia, pero durante la etapa de guerra la falta de recursos económicos, lugares de atención y terapéuticos, se vio en la necesidad de usarlos, ya que en ese momento era más importante calmar el dolor que en curarlos y operarlos. Bonica, se dio cuenta que esto era un trabajo multidisciplinario que una sola área de la salud era imposible que alivie y tenga la respuesta a todo, por lo que en 1953 realizó una publicación de su libro "Tratamiento del dolor, con el estudio especial en el empleo de analgésicos en el diagnóstico, pronósticos y terapéutica". A este libro se lo considera como uno de los primeros libros de la medicina paliativas modernos donde es tomando desde el punto de vista fisiológico y subjetivo (emocional) en conjunto con funciones cognitivas. (11)

El usar este término hace inclinación a una situación de una etapa de la vida, más que de una patológica que sufre en paciente. La OMS y las sociedades de cuidados paliativos, la enfermedad en fase terminal es solo aquella que no tiene tratamiento específico o curativo, que nada podrá detener su evolución y conllevará a la muerte en un tiempo variable y predecible (No superior a 6 meses). Es aquella etapa de la enfermedad donde el dolor es inespecífico e

intenso, multifactorial, cambiante, incluso tiene momentos de lucides o “falsa recuperación” que con lleva el momento más duro y critico que debe afrontar el paciente y su familia. Bonica, en conjunto con Cecily Saunders y con destacados miembros de la salud, fundan en 1964 la categoría de dolor total y en 1967 el primer hospicio moderno especializado en enfermos terminales. (12)

Fue considerado alter ego de la ortodoxia del trabajo clínico tradicional de la medicina en ese tiempo, ya que lo primero en impresionar fue el interés hacia las emociones del paciente y familiares, desde su punto de vista hacia la enfermedad, su trabajo era una manera empírica, de trabajo con los aspectos farmacológicos, el cual su principal método era la morfina, el uso de opiáceos y la anestesia, todo en base al dolor que sentía el paciente, Cecily, por un amplio conocimiento y experiencia en pacientes terminales en 1957, se convirtió en Doctora donde empezó a trabajar en el departamento de farmacología de la escuela de medicina de St. Mary's Hospital, donde continuo con sus investigaciones hacia el manejo y alivio del dolor, sin dejar a un lado el acompañamiento emocional y la escucha de sus pacientes. Ella sobresalió ante los demás por mostrar interés en las necesidades del paciente, su trabajo demostró la necesidad de la humanización del equipo médico hacia los pacientes, en cualquier estadio de su enfermedad, que hasta ese entonces como incluso en pleno 2023, el equipo médico olvida el trato sensitivo y humano hacia el paciente. Todos los pacientes que sufren o padecen una enfermedad terminal presentan dolores y graves síntomas y signos sobre todo en las últimas fases donde la enfermedad está más avanzada, algunos síntomas son controlados pero otros son incontrolables a pesar de que se haya tratado desde varios puntos de vista profesional, donde a estos tratamientos son llamados tratamientos fútiles, impactan directamente a lo emocional del paciente y descompensa todo su funcionamiento interpretando a todo el cuerpo que su final se acerca, muchos de los profesionales en esta etapa solo usan los denominados placebos, e interpretan como un proceso de muerte pacífica. La revista Pain con asociación Internacional, el 18 de mayo del 2016, (IASP)presento una nueva definición de “dolor”, agregándole más contenido al mundialmente conocido significado que toda persona conocía y que consistía en

que el dolor es solo una experiencia traumática y angustiada relacionada con “El daño de los componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales”. Es significado amplifica el contenido tradicional llevándolo más lejos que solo un dolor físico, que incluso espera integrar de manera positiva el estudio y la atención médica del dolor. (13)

La nueva definición busca describir al dolor como una experiencia angustiada e inquietante que recoge componentes emocionales, brindando una dimensión comprensiva y amplia, que no es independiente al estrés y otros problemas con la enfermedad y en caso de estos pacientes terminales, este punto es fijo al proceso de muerte. Por lo que el dolor y los cuidados paliativos jamás deben ser independientes el uno hacia el otro. Otra de las importantes investigadoras sobre los cuidados paliativos y del manejo del dolor del paciente es la psiquiatra y escritora Elisabeth Kübler Ross suizo-estadounidense, que con base a las partes de Saunders publica en 1969, su libro sobre. “La muerte y los moribundos”. Donde se resalta igual que todo lo anterior la salud en el final de la vida, con una atención humanizada, tomando el punto de vista de aquellas personas como sus cambios mentales y emocionales, donde ella los describe en cinco etapas o fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, mostrando aspectos psicológicos de la confrontación hacia la muerte como algo natural. Una de las frases más destacadas que menciona es:

“Toda persona en su lecho final solo quiere ser amado, en silencio, acariciando su mano o simplemente estando ahí”.

Una frase corta, pero que miles se identifican, un acto tan simple que no cuesta nada a nadie, sin embargo, no todos cuentan que este denominado lujo. El estar o convivir con un paciente terminal, se debe entender que ellos tienen su propio lenguaje, su propia forma de ver su alrededor, Kübler Ross, destaca que hay que ver al paciente no la enfermedad. Tanto los trabajos e investigaciones de Bonica, Kübler Ross y Saunders, impulsan la relación médico paciente, abriendo las puertas a tareas multidimensionales que solo han ido en continuo progreso. Así mismo en el 2006 las clínicas institucionales favorecieron a los paliativos, para

poder obtener cambios legales en el manejo del dolor opiáceos (medicamentos especiales para el manejo del dolor) y atención paliativa especializada y ya para el 2009, se reformo la Ley General de Salud, donde los artículos 166 indica:

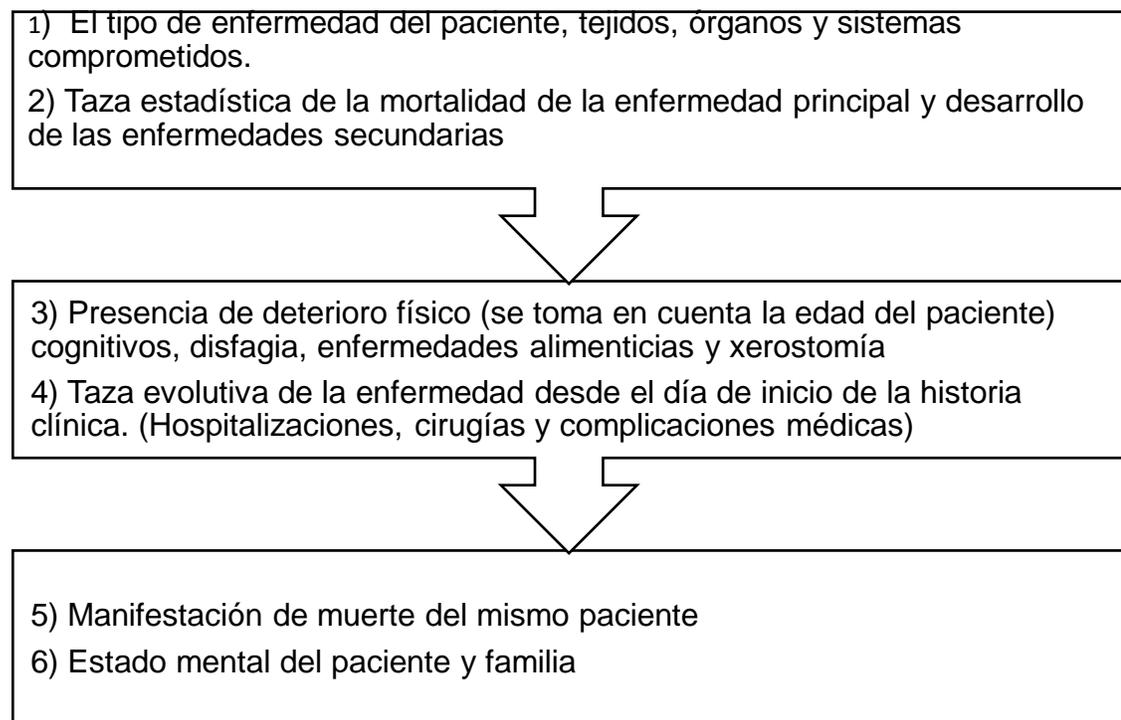
“Los cuidados paliativos es una obligación ser impartida y aplicada a enfermos en situación terminal con atención médica y tratamiento integral del dolor con un equipo profesional multidisciplinario y asistencia en los diversos sistemas de salud”. (14)

Los cuidados paliativos se deben comenzar a aplicar apenas el paciente inicie sus tratamientos, generalmente para minimizar los síntomas graves y sienta comodidad y satisfacción con el tratamiento. No hay edad recomendable para aplicar estos cuidados ya que son usados en toda edad y en cualquier estadio de la enfermedad. Los cuidados paliativos son una asistencia completa de un equipo profesional, que mejora la calidad de vida no solo de la persona sino de su familia o aquellas personas que velan por el bienestar de esa persona, esta clase de asistencias enfrentan los problemas directamente que ocasiona estas enfermedades y su potencial mortalidad.

Se asiste al paciente de forma temprana para una evaluación, prescripción y un manejo adecuado de signos y síntomas, evitando complicaciones (físicas, psicológicas, emocionales y nutricionales) secundarias a la enfermedad precipitante al desarrollo de dicha enfermedad. Este tipo de cuidados se suele confundir o se lo maneja de forma que “alivia los síntomas antes de la muerte” pero en este sentido, los cuidados paliativos, son aplicados de forma progresiva a medida que la enfermedad principal avanza, y solo se brinda de acuerdo con lo que la persona y familia sientan necesarios aplicarlos. Es frecuente escuchar términos como *cuidados de fin de vida*, que es un término más bien usado en un momento muy específico, (durante las últimas semanas de vida), sin embargo, no siempre es un uso limitado, todo depende de los síntomas de la enfermedad una vez marcada como irreversible y terminal, dejando en claro la corta esperanza de vida. Se debe también dejar en claro que la medicina o cuidados paliativos no tiene relación con la eutanasia, no sin sinónimos y no pueden ser

vinculados como uno mismo, ya que ambos pueden ser aplicados (según la regularidad de cada país) en pacientes terminales, existe numerosos pacientes con patologías en primeras fases que ameritan y pueden beneficiarse de los cuidados paliativos, a pesar de que se las terapias son variadas para cada paciente y enfermedad, comparten en querer objetivos comunes hacia el paciente. (15)

El enfoque de los cuidados paliativos es “cuidar” no “curar” al paciente, independiente el nivel de la enfermedad, brindado máxima calidad de vida hasta el día de su muerte. Todo ser humano está consciente que el morir es un proceso natural y normal, ya que es la última etapa de la vida; muchas personas no aceptan, lo aplazan, lo ignoran hacen que solo sea más difícil poder brindarles la adecuada atención, que debe ser integradora en todo aspecto psicológico y espiritual, incluso un asesoramiento en el duelo, de ser necesario, por ende, el aplicar los respectivos cuidados paliativos, si influye positivamente el curso de la enfermedad. No toda enfermedad crónica y no todo paciente se le debe aplicar los cuidados paliativos hay estimaciones y factores a tomar en cuenta, solo el Médico dicta si ingresa a cuidados paliativos tras una serie de pasos. (16)



Solo una vez establecido estos parámetros se establece si el paciente ingresa o no a cuidados paliativos, el médico aunque sea el único en que puede distar si un paciente ingresa o no a cuidados paliativos bien sabe que no es una decisión que debe tomar en solitario sin antes realizar la intervención con los demás miembros de la salud, que aunque sean independientes al caso del paciente en ese momento todos deben estar bien informados del caso y por qué el médico debió tomar esa opción, de la misma forma una vez declarados en cuidados paliativos cuando el paciente se encuentre en el hospital o casa de reposo o en cualquier entidad una vez dictados en cuidados paliativos todo el equipo debe hacerse presente. Los enfermos con crónicos son muy complejos de tratar, su situación actual es el resultado de factores y esos factores o efectos secundarios son los que determinan las fases de ellos cuidados paliativos, no es que simplemente el doctor dicta aplicar cuidados paliativos solo por descompensación del paciente ya que para esto debe determinar la fase en la que se encuentra. (17)

Fase paliativa activa

Es como la etapa 0 o inicial del tratamiento, en este punto se encuentran tantos pacientes con enfermedades terminales, pacientes con deterioro cognitivo y deterioro físico. No existe curación ni forma de detener el desarrollo, a pesar de que se muchos pacientes sobre todo niños y adultos jóvenes logran extender su tiempo de vida, no sucede lo mismo con los pacientes terminales y adultos mayores. En esta parte es el inicio de la unión de integral entre ellos la nutrición y para ellos la nutricionista conocer ante mano la información básica de sus diagnósticos y el tratamiento que sigue o seguirá y mediante ello llegar un diagnóstico personalizado.

Fase paliativa sintomática

Los pacientes que ingresan a esta etapa se centran en buscar un alivio de síntomas y la mejora de calidad de vida, suele ser la etapa en la que muchos sobre todo jóvenes adultos, logran detener progresivamente el desarrollo brusco

la enfermedad a una más manejable y llevadera, en cambio en el adulto mayor esta etapa es donde más notaran su deterioro y poco a poco las enfermedades cognitivas irán arrasando con todo por lo que nos centramos en que sea lo menos dolorosos posible.

Fase terminal, preagónica y agónica

La última de las fases y es la muerte inminente, en esta fase están cuatro tipos de pacientes. Aquellos con cuidados paliativos que duran de 1 a 2 años (adultos mayor degenerativos), el terminal (que se salta las dos fases anteriores) con pronósticos de meses, el preagónica (con semanas) y el agónica (de solo días de vida). En esta fase simplemente se lucha contra el malestar e incomodidad.

En general se debe ir dando información de forma gradual, tampoco es aconsejable que sea un tema que se aborde como cualquier otro, aunque se de en un contexto veras las informacion impartida debe ser dada de forma paulatina, a menos que el paciente y amiliares insitan de forma desmesurada conocer la veracidad d ela situación. Por ello tambien deben el equipo integral de salud mostrar empatía ya sea en conjunto o separados al momento de dar información recalcando que los cuidados que tendra en el paciente sera siempre a beneficio de él o ella.

4.3.2 LOS HOSPICIOS

Proviene de una palabra latina Hospitium (sensación cálida) que tuvieron su auge como refugios durante la edad media que eran lugares para acogida de peregrinos, viajeros y vagabundos proporcionándoles alimentos y un techo donde dormir, pero poco a poco fueron recibiendo a aquellos que se encontraban gravemente enfermos o moribundos, que se aislaban en apartados hasta esperar su muerte, sin embargo, los hospicios tuvieron un fin abrupto con las reformas de aquella época (impuestos, problemas territoriales y políticos). (18)

Pero fue en Francia en 1844, donde Jeanne Garnier fundó los llamados Hospicios o Calvarios, que inicialmente recogía a moribundo y se les brindaba un techo donde morir, pero actualmente es un centro especializado en París de cuidados paliativos, de la misma forma se sumaron en 1879 Our Lady's Hospice en Dublín y en 1905 St Joseph's Hospice en Londres, diferentes casas o alberges que fueron creados por esfuerzo de las Hermanas de Caridad Irlandesa. Como se había mencionado anteriormente gracias a la Dame Cecily Saunders, y la fundación St Christopher Hospice, se evidencio que en este programa se logró obtener resultados positivos al buen control de síntomas por medio de comunicación, manejo emocional, espiritual y social, que significo por primera vez, "calidad de vida" hacia los enfermos terminales y sus familiares, pero este hospicio no solo se quedó en brindar atención sino que fue creciendo a modo que inicio investigaciones evolutivas con los pacientes, durante y después de la muerte del paciente. (19)

Cuando se habla de cuidados paliativos, los hospicios, son los lugares más conocidos y necesarios para aplicarlos, estos pueden ser creados de forma pública o privada como asilos, centros de vida asistida u hospitales de tercer nivel especializado e incluso la casa del paciente que está en su lecho de muerte se vuelve un hospicio, pero son independientes del estado y la política. Llega un determinado momento de la vida en que la enfermedad y la edad avanzada de la persona se compromete completamente, demostrando un deterioro completo de la salud, la persona convaleciente puede optar por no someterse a ningún tratamiento fármaco o quirúrgico, por lo que los hospicios están diseñados y dirigidos a este grupo en específico. Aunque los hospicios es un derivado de los cuidados paliativos, no son lo mismo, cabe remarcar que los cuidados paliativos es un tratamiento para frenar y tolerar efectos secundarios de la edad enfermedad principal, los hospicios suspendes todo intento o tratamiento en su totalidad, esto solo se puede aplicar cuando el médico entrega un informe valedero de que el paciente tiene menos de 6 meses de vida. Pero lo cuidados de hospicios si es una atención médica, porque es brindada por un equipo especializado (enfermeros, médicos,

nutricionistas, trabajadores sociales, consejeros personales y voluntariado) que no está ligada a un lugar específico, en conjunto con el apoyo familiar. Todo el equipo hace al menos una visita semanal personal de 24 horas, dando informes evolutivos de la enfermedad y continúan así hasta el día de muerte del paciente. (20)

4.3.2.1 DIFERENCIA ENTRE CUIDADOS PALIATIVOS Y CUIDADOS DE HOSPICIO

CUIDADOS PALIATIVOS	CUIDADOS DE HOSPICIO
Todo paciente que tenga una enfermedad catastrófica y una edad avanzada.	Todo paciente que tenga una enfermedad catastrófica y una edad avanzada, que tenga menos de 6 meses de vida.
Los síntomas secundarios serán controlados con tratamiento	Los síntomas serán controlados, con confort personal
Se dará tratamiento directo a la enfermedad	Se dará tratamiento solo a síntomas físicos y emocionales momentáneos (efectos placebos)
El tratamiento dependerá de la evolución y duración de la enfermedad, en caso de ser adulto mayor se mantendrá un control hacia nuevas enfermedades secundarias.	Se mantendrá hasta la muerte del paciente, dura meses no años.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospitales de tercer nivel especializado. ➤ Hogar del paciente (público o privado) ➤ Centro de vida asistida ➤ Asilos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hogar del paciente (público o privado) ➤ Centro de vida asistida ➤ Casa del paciente ➤ Asilos

4.3.2.2 VALORES Y PRINCIPIOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El abordaje de los cuidados paliativos estos asociados al final de la vida, por lo que se describe como serie de lineamientos donde se mantiene la ética, moral, y actitudes profesionales, bajo el estricto cumplimiento de estas. Según el

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2014), donde se sintetizan aquellos valores que buscan resguardar un trato respetuoso, como también los principios que han de enmarcar el actuar.

VALORES	Toda persona tiene derecho a recibir alivio del sufrimiento
	Cada individuo tiene su respectivo valor y deber ser considerado y autónomo
	Cada persona define su estadio de enfermedad y la calidad que desea tener
	Las expectativas que tiene la persona/familia y /o personas significativas, sobre la respuesta del sistema de salud para satisfacer sus necesidades al final de la vida, siempre deben ser consideradas
	Tener valores presentes, sobre todo la solidaridad ante el actuar del prójimo.
PRINCIPIOS	El acompañamiento a la persona, su familia debe estar basado en sus necesidades particulares
	El sistema de salud debe resguardar y brindar una atención integral, de forma accesible y equitativa para todos.
	Los diversos niveles de asistencia se deben asegurar con una coordinación que permite la continua atención gratuita.
	La comunicación debe ser clara, breve y honesta.
	La toma de decisiones debe basarse siempre en una reflexión ética y contar con la participación de la personas y familiares
	Los profesionales deben contar con las competencias necesarias para responder adecuadamente a las necesidades de las personas y familias fomentando su constante desarrollo profesional
	El trabajo multidisciplinar debe mantenerse unido a medida que avanza uno deben ir todos en conjunto
	Antes de actuar se debe conocer los detalles posibles en contras y beneficios
	No debe existir discriminación en la entrega de servicios

4.3.3 CUIDADOS PALIATIVOS, AGONÍA Y ENFERMEDAD TERMINAL

En muchas ocasiones se comete el error de asociar a los cuidados paliativos con el termino enfermedad terminal, situación que erróneamente son asociadas como una misma, cuando en realidad el cuidado en la enfermedad terminal es un tipo especializado de cuidado paliativo. Son términos que deben ser separados y

especializados para brindar el tratamiento adecuado, tomado con una serie de indicadores multifactoriales como estadio de la enfermedad, respuesta inmunológica del paciente, impacto emocional y pronósticos de vida. El cáncer y VIH/Sida son las principales enfermedades que han constituido la formación de los cuidados Paliativos, priorizando el confort del paciente ante la intensidad de algunos tratamientos, por medio de apoyo de control de síntomas, apoyo financiero, apoyo emocional y en ocasiones espiritual. (21)

El termino paciente terminal, este arraigado con los hospicios, en la antigua Europa, el morir jóvenes de las distintas enfermedades, era algo normal en aquellas épocas, la falta del concepto de limpieza e higiene era el principal motivo de muerte, sumado a las prohibiciones de la Iglesia para las investigaciones fue un pilar para que la esperanza de vida apenas llegue a los 40 años.

Con el paso del tiempo y de las investigaciones el título “paciente terminal” se lo acuño directamente a personas con cáncer en etapas avanzadas, pero poco a poco fue también usado en enfermedades que se fueron volviendo agresivas compartiendo signos y síntomas con aquellos pacientes que tenían cáncer. De igual forma otros conceptos se han unido al paciente terminal, que este asociado a enfermedad incurable y avanzada, que es gradual y progresiva, sin respuesta a ningún tratamiento, dándose solo una evolución hacia la muerte e inicia identificando y registrando en la historia clínica los signos y síntomas (PES) propios de esta fase, donde se da en mayor presencia la perdida de conciencia acompañada con el dolor y el sufrimiento son los únicos pensamientos que inundan su mente, el dolor tiene a formarse en un carácter crónico, agresivo y progresivo, que daña todo el entorno familiar del paciente, según la IASP, no se sabe definitivamente de donde emerge de pronto el dolor tan agresivo, por lo que lo caracterizan por ser una experiencia trágica, por lo que este punto debe ser analizado y aplicado en el tratamiento donde es denominado “experiencia del dolor total”. Cicely Saunders, desarrolla el concepto de dolor total, por un aglomerado estudio y experiencia laboral en pacientes terminales y con cuidados paliativos, el termino recoge la subjetividad del paciente en su tránsito a la

muerte, los casos más comunes son los pacientes con cáncer, avanzado, el sida y el envejecimiento, donde los pacientes toman como sinónimo el dolor como sufrimiento, donde Saunders plantea al sufrimiento como “acto que le sucede a las personas y no a los cuerpos”, ya que el 70% de los pacientes relacionan el dolor no controlado como empeoramiento a su condición describiendo al dolor como una categoría en multifacético. (22)

DOLOR FÍSICO	<p>Descrito como una experiencia sensorial, con una percepción de daño tisular real y potencial, el 60% de los pacientes se encuentra con cuidados paliativos activos y un 65% en fase terminal y un 33% inician el tratamiento de manera óptima.</p> <p>Entre los más síntomas más comunes es el insomnio, fatiga crónica, sensación de hormigueo y golpes en todas partes del cuerpo y pérdida de apetito,</p>
DOLOR SOCIAL	<p>Este tipo es más dirigido a la preocupación que siente el paciente hacia sus familiares, pero también interviene la economía, pérdida de prestigio como persona posición social, pérdida de un rol en la familia en conjunto con sentimientos de pérdida, abandono, llevándolo al aislamiento.</p>
DOLOR PSICOLÓGICO	<p>Esta parte es representada por la parte más irritante del paciente, se presenta sentimientos de odio e ira, generados por los “fracasos terapéuticos”, alteración de su nueva imagen, ineficiencia de las medicinas y dificultades para acceder a estos cuidados. Esta etapa es la que más desesperanza les produce independientes de su patología.</p>
DOLOR ESPIRITUAL	<p>Es independiente de una ideología religiosa, ya que la espiritualidad, se basa en la esencia de uno mismo, sus creencias y relaciones, en esta parte surgen las interrogantes que tiene el paciente para con el mismo, inundado con preguntas como: ¿Por qué me paso a mí?, ¿Por qué Dios me hizo esto?, ¿Estoy siendo castigado por mis actos?</p> <p>Los principios de los cuidados paliativos reconocen como una dimensión espiritual, como un impulso de encontrar significado a su situación, como un deseo universal el sentido de la vida misma.</p>

Como antes mencionado la enfermedad terminal es una etapa de los cuidados paliativos, donde es marcada como un “lucha contra el tiempo” declarada perdida

antes de tiempo, los esfuerzos en escatimarla y ser mejor llevadera para el paciente no son en vano, y el uso de analgésicos opiáceos, es uno de los principales tratamientos a usar. Los opiáceos son fármacos, de receptores opioides (aquellos que proporcionan analgesia de elevada intensidad frente al SNC), entre el más destacado es la morfina, como todos los analgésicos es dosis dependiente, que actúa intensamente en donde es aplicada y se maneja para cualquier tipo de dolor (agudo y crónico) con excepción del neuropático. Su efecto se da como una disminución de la sensación de angustia, acompañado por el efecto central (hipnóticos), pero su uso siempre ha causado controversias y en muchos países y en algunos puntos de la medicina su uso está prohibido por causar dependencia y tolerancia, es te último es un efecto que consisten en aumentar la dosis progresivamente para que vuelva a producir la misma sensación de la primera vez, aunque esto también muchos lo han justificado con el incremento de su necesidad a medida que incrementa el estadio de la enfermedad, actualmente no hay establecido ni dosis ni la duración del tratamiento necesario para evitar estos efectos, pero en cuanto a la dependencia psicológica, se presenta de forma realmente extraña irregulares, pero son más propensos a caer cuando el paciente tiene antecedentes de drogadicción. (23)

Opiáceos débiles: Usados en menor cantidad, que inicialmente son aplicados como temporales, entre los que destacan están los:

- Dextropropoxifeno: derivado de la metadona y codeína. Es un derivado menor de la morfina.
- Dihidrocodeína: Su liberación es controlada y más fácil de manejar.
- Tramadol: Que tiene menor mecanismo de acción.

Opiáceos potentes: Son usados cuando se sustituye un opiáceo débil por uno potente, asociándose con analgésicos, y adyuvantes, en este nivel también se encuentra la morfina, que se caracteriza por ser de fácil administración (oral, rectal, espinal, intravenosa y subcutánea) además tiene 3 características principales que son la sedación, sensación de bienestar y analgesia como efectos

terapéuticos, en casi todos los métodos de aplicación su inicio comienza en 30 minutos con una duración que varía de acuerdo a su lugar y cantidad de administración, como en la oral dura unos 4 horas o una intravenosa que dura hasta 12 horas, pero se debe tener cuidado ya que una sobre dosis superior a 200-300 mg/día de acorde a lo recomendado y bajo vigilancia médica. En este mismo ámbito es muy conocido y usado el termino Sedación Terminal, (introducido por primera vez en 1991 en la literatura de los cuidados paliativos).

El concepto de "Sedación Terminal" sobre cuidados paliativos se consideró confuso e inapropiado dado que implicaba que el objetivo era acortar la vida, por lo que actualmente se utiliza el término de "Sedación Terminal" que es el uso de medicación sedante para poder aliviar síntomas intolerables por medio de la reducción del dolor y conciencia, sin causar daño directo a la vida del paciente, sin embargo debe ser usada solo como último recurso sobre todo en enfermedades oncológicas y crónicas avanzadas en una situación irreversible y desesperada, la sedación tiene implicaciones más que solo las médicas como las psicológicas, legales y éticas que deben ser tomadas en consideración antes de su uso. En un sentido completo el dolor total es poder entender la enfermedad en su etapa final, con un padecimiento y disfunción social, donde cada acto clínico no es solo implicaciones físicas sino es importante la intervención comunicativa (verbal o no verbal), enfocando a los profesionales de la salud en el paciente que, en la patología como tal, por lo que es posible que el equipo médico tenga que atravesar en conjunto las tensiones del paciente terminal.

Según Saunders "No se puede morir curado, pero si morir sanado", dicha frase mencionada por la pionera de los cuidados paliativos, esta entrelazada, con una entidad superior Dios y aunque no todos sean creyentes, de igual forma se dirige a una entidad omnipresente. También nos indica que dentro del sistema de salud muchos profesionales solo buscan el curar órganos, sistemas, nervios, aparatos, pacientes, dejando a un lado la dignidad humana. (24)

En si el concepto actual que se tiene de dolor, enfermedad terminal y cuidados paliativos son entrelazados y combinados, no son lo mismo y no son diferentes, son más bien herramientas dentro de la humanización del trato hacia el paciente, que incluso logra que se muestre interés en desarrollar investigaciones hacia este tema, dando una vista de más alcance que solo sea vista como un concepto general del dolor, sino buscar la raíz y ver de donde aparece ante la presencia real de un daño tisular. La agonía es uno de los principales síntomas en hacerse presente , está asociada generalmente a la fase terminal en esta etapa el paciente comienza a delirar y dura de 5 a 3 días dependiendo de cada paciente (muchos suelen llegar hasta a una semana), en este estado se presenta el dolor máximo, lucha en vano y sufrimiento, se ve el deterioro físico, biológico, emocional y en esta parte la activación de los cuidados paliativos va dirigido a disminuir lo más posible esa agonía sin buscar cura ni alargar el tiempo de vida, para evitar una muerte brusca como en hemorragias masivas, que impactan aún más a la familia. Por ello ya se debió tener una planificación anticipada, incluso para que el paciente y su familia tengan una despedida adecuada. (25)

Síntomas generados por la agonía del paciente y familia
Funcionamiento con patrones monótonos y rígidos
Ciclo familiar alterado y desorientado
Sobreprotección al paciente
Sobre carga al cuidador y/o familiar encargado plenamente del paciente
Conspiración del silencio del paciente
Fases emocionales: miedo, negación, cólera y ambivalencia afectiva
Aislamiento social
Claudicación familiar
Duelo patológico

4.3.4 EXPANSIÓN Y EPIDEMIOLOGICA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los avances médicos han ido evolucionados constantemente y los cuidados paliativos no se han quedado atrás, a partir de la creación de St. Christopher Hospice, solo ha ido en avance en el mundo, que incluso en la década de los 70 se publicó un boletín de la escuela de medicina U.C, pontificia universidad católica de Chile de Historia y desarrollo de cuidados paliativos y en Estados Unidos, se inauguró el primer Hospice en Bradford Connecticut, desde la misma forma Canadá y pequeñas partes Europa sumó estos programas en sus servicios de salud y en la década de los 80 llegó a toda Europa (Italia, España, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Polonia) se expandió de tal modo que se unió a trabajo social en las visitas domiciliarias, siendo reconocido por el centro de salud Medicare abriendo paso a que inicien sus programas de atención de forma limitada. Tanto fue la impresión y conocimiento de este nuevo tema que en 1987 Gran Bretaña fue el primer país en el mundo en crear la subespecialidad médica llamada Medicina Paliativa, reconocido en países europeos. (26)

Desde sus inicios en los hospicios, su financiamiento económico era en base a donaciones que era su pilar de subsistencia, hasta los años 90 donde el gobierno Inglés decide financiar económicamente a esta entidad, incluyendo consultorios y programas de investigación de docencia y en esos mismos años finalmente se sumó América Latina, que anteriormente solo contaba con una minúscula participación por parte de Chile, fueron agregándose otros países como Argentina, Brasil, y Colombia.

Con el paso de los años y la modernización estos programas y tratamientos también se han ido modificando tecnológicamente con unidades móviles de apoyo intrahospitalarios, casas de reposo especializados privados y públicos, uso de tecnología y equipo biométrico, aunque es bien conocido que los cuidados paliativos siempre ha sido un movimiento médico, social ligado a la parte humana de la persona, la modernización la ha incluido en la medicina académica,

cambiando la base del interés del dolor del paciente, dirigiéndolo hacia la extensión de la vida humana, como tema de interés para miles de científicos y médicos. (27)

Hoy en día gracias a los muchos esfuerzos y logros de expansión de este tema existen numerosas asociaciones de todo el mundo de los Cuidados Paliativos que publican continuas investigaciones en Revistas científicas y también cuenta con un estatus de subespecialidad emergente en crecimiento y no hay lugar en el mundo que no cuente, aunque sea con un hospicio, aunque sea de forma primitiva y rural. El continuo combate de la medicina para tener el control de las enfermedades catastróficas, crónicas no trasmisibles, trágicas e infecciosas ha sido el motor principal que da paso a nuevos proyectos e investigaciones que también se ha visto implicado el área industrial, el estilo de vida e incluso zona demográfica, donde se ha buscado y comparado la vida de todo grupo poblacional formando un perfil sociodemográfico para identificar puntos vulnerables. Inicialmente las enfermedades era el principal motivo de mortalidad de todas las personas sumando a falta de servicios básicos, pero en comparación con otro grupo que, si contaba con buena zona geográfica, ingresos económicos y recursos sociales, se han visto implicados de la misma forma en la necesidad de cuidados paliativos e ingreso a hospicios, pero con una característica casi en común, el envejecimiento progresivo. En nuestros días la esperanza de vida del promedio mundial es de 65 años, indicando 7 años más de lo que se estimaba en los años 60 y de la misma forma se ha estimado que para el año 2025, un tercio de la población superara la esperanza de vida de los 65 años, con un promedio de 77.7 años, sin embargo, las enfermedades crónicas no trasmisibles, marcan más de un 60% de las muertes prematuras a nivel mundial, siendo las enfermedades cardiovasculares (27,9%), neuronales, endocrinas y los tumores malignos (cáncer de cualquier tipo con un 24,2%) son una tendencia epidemiológica. Se contabilizo que en el 2005 la tasa de mortalidad fue de 5,4 por cada 1000 habitantes, casi 7 puntos menos de mortalidad que la de los años 60. El adulto mayor corresponde a un 15% de la población total del mundo, que se encuentra en un alza constante, por lo que se debe hacer frente a una ola

creciente poblacional de adultos mayores que padecen o padecerán las enfermedades crónicas, y morirán no necesariamente de dichas enfermedades sino del gran deterioro físico e impacto psicológico que estos cambios producen. (27)

La persona y familiares deben estar conscientes en todo momento de su situación, donde los pacientes lo describen como una etapa de pérdida total, que viene acompañada de sentimientos negativos, rabietas, tristeza, soledad, desesperanza y sin motivación de vida. Además de los propios problemas de las enfermedades se va comprobado que los enfermos tienden a preocuparse por su familia, que este suele y debe ser el principal motor de emocional del enfermo terminal. Pero al igual que el tratamiento farmacológico más eficaz, el apego familiar no siempre responde a como uno espera que reaccione, ya que el paciente esta tan colapsado mentalmente que su respuesta es una conducta contraria a lo que se esperaría aislándose a tal nivel que incluso interfiere con los tratamientos médicos, todo por un sentimiento de culpabilidad que tiene el paciente con su familia; siento esto un factor que se prolongó que hasta el mismo doctor se ve involucrado sentimentalmente, acto que no suele ser fijo pero en de acorde a la reacción del profesional dependerá su evolución. Uno podría pensar erróneamente que solo lo físico y emocional se ve afectado, sin tomar en cuenta un tercer componente de que muchos no tiene un fácil acceso; el impacto económico.

En este mismo estudio se pudo observar que el 31% de las familias con un paciente con enfermedad crónica o terminal, gasta más de la mayoría de los ahorros y fondos familiares guardados, y cuando no hay un ingreso económico fijo, la familia tiende a endeudarse y adquirir trabajos informales para cubrir la gran demanda económica. Lo que nos demuestra que las múltiples necesidades de los pacientes terminales no son o no pueden ser cubiertas simplemente con el apoyo familiar denotando la urgente necesidad de ayuda estatal. (28)

4.3.4.1 ECUADOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

La Sociedad Ecuatoriana de cuidados paliativos, es independiente de las demás asociaciones Latinoamericanas (ALCP). Existen miembros activos con participación en los congresos del ALCP. En el 2012 Ecuador represento el 0,3% en representaciones con posters y manejo activo de estos centros y se posicionó como uno de los países que cuentan con centros especializados en cuidados paliativos hasta de tres niveles, sin embargo, Ecuador no cuenta servicios de cuidados paliativos en centros comunitarios o primer y segundo nivel de atención médica.

Servicios del Primer Nivel de Atención

- El Hospice San Camilo, (FECUPAL) dirigida por la fundación ecuatoriana de cuidados paliativos (Atiende a todo grupo poblacional)
- Casas Hogares de Asociaciones benefactoras de enfermos terminales (ABEI) en Quito.
- La Casa del Hombre Doliente en Guayaquil, que es una de las más grandes que tiene el país, y además otorga servicio domiciliario
- Fundación Jersey: Se atienden tanto a niños como adultos.
- Centro geriátricos (privados de Fuerzas Armadas, Hogar la esperanza del Guayas)

Servicios en Hospitales de Tercer Nivel

- Hospital de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer en Guayaquil y Quito

Servicios de apoyo limitados

- Sociedad de Luchas contra el cáncer en Portoviejo y Loja
- Hospital General N°1 de las Fuerzas Armadas (Asociaciones vinculadas y centros privados de las fuerzas Armadas)

Todo país con un sistema sanitario y de salud debe contar con este tipo de cuidados dirigidos al paciente catastrófico por lo que el Modelos de Programa continuo es la base para tener una atención integral máxima. Este programa es creado a partir de los avances que se ha tenido sobre los cuidados paliativos en unión con las disciplinas de la salud, con este programa lo que se espera es responder inquietudes de manera íntegra y compasiva a las necesidades del paciente y familiares. Al igual que todas las demás disciplinas este programa requiere de principios:

1. Solo se atiende a aquel paciente en cuidados (de cualquier edad) que padece una enfermedad crónica o catastrófica, o que amenaza con su vida para el ingreso al tratamiento adecuado.
2. La unidad para tratar está conformada por el equipo multidisciplinar y familia, el plan es trazar metas logrando objetivos planteados, con la aceptación de todo el equipo.
3. El momento en que el paciente ingresa a cuidados paliativos debe coincidir con el diagnóstico de la patología, ya que hay casos en los que los pacientes hace caso omiso de su enfermedad y “continúan como si nada” por lo que al verse ya afectados a la enfermedad deben volver a diagnóstico médico y solo ahí ingresar al programa.
4. El programa implantado se caracteriza por considerar todas las dimensiones del paciente y familia, se toma en consideración el aguante físico, emocional y espiritual.
5. Se muestran las evaluaciones e indicaciones del equipo multidisciplinar en cada paso que se ha realizado y si hay cambios o no se ven resultados actuar prioritariamente en ello.
6. La atención hacia el sufrimiento del paciente originado por la enfermedad desde la perspectiva de la muerte.
7. Manejo adecuado del equipo de cada disciplina con un medio en común:
La comunicación

8. Implementar diferentes modelos de programas para todo tipo de paciente según su nivel económico y cultura
9. El equipo debe estimar el pronóstico de vida con el reconocimiento de signos y síntomas, buscando apoyo independiente del ambiente en el que se encuentre.
10. Se garantiza la continuidad del tratamiento ajeno al ambiente en donde se quede o valla a ser trasladado el paciente (hospital, sala de emergencia, control ambulatorio, hogar de niños, ancianos u otra institución o domicilio).
11. Los servicios otorgados deben ser brindados con excelencia y calidad, en base a los principios y valores de los cuidados paliativos
12. Optimizar la autonomía del paciente, ser parte de la red de apoyo, colaborar con los planes centrales del tratamiento inicial, facilitar la comprensión hacia el paciente y familia, asistir activamente al paciente en el proceso de muerte, promover un ambiente agradable y apoyar en el proceso de duelo.

4.3.5 CUIDADOS PALIATIVOS EN LA GERIATRIA

El envejecer es un paso más en la escala del ser humano, una etapa que no todos quieren llegar, pero aun así no todos llegan a vivirla, actualmente el adulto mayor representa la tasa del 15 al 20% de la población mundial, de acuerdo al Instituto de estadísticas e informáticas (INEI) en el 2015 el adulto mayor represento el 10% con un incremento en adultos mayores de 80 años, lo que llega a una estimación que para el 2015 esta población represente el 12 al 15%, lo cual es considerado como un escenario desfavorable porque esto marcara un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas trasmisibles y no trasmisibles. La OMS considera como adulto mayor a toda persona de 60 años, variando de acuerdo con la constitucionalidad de cada país en nuestro caso Ecuador es considerado adulto mayor a partir de los 65 años cumplidos. (29)

En envejecimiento Humano, es un proceso natural de todo ser vivo, que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible, es uno de los últimos procesos del ciclo de vida, que ha iniciado desde la concepción, donde se

acompaña de una serie de cambios biológicos, como si fuera “una segunda pubertad” solo que en lugar de aumentar y crecer, esta vez se encoje y la piel se estira perdiendo el colágeno que poco a poco se iba deteriorando (después de los 25 años que solo va en picada), en esta etapa también se presenta cambios psicológicos en interacción a su vida social, económica, y su vida sexual. El termino vejez es más bien una construcción social y biográfica de cada uno, al verse en su último momento, donde se ve una recopilación de cambios, perdidas, capacidades, experiencia y fortaleces humanas. En Ecuador el Consejo Nacional de Personas Mayores, tras una serie de trabajos entre entidades y sociedad civil se culminó con una expedición del DECRETO 164 de 2021, que tiene como objetivo:” Dignidad para el adulto mayor con un impacto de equidad en la sociedad moderna” de la base del Plan Nacional del Desarrollo 2018 – 2022. (30)

Por lo expuesto anteriormente se dio una serie de actualizaciones a la estructura del estado hacia este grupo poblacional, donde también se establecieron disposiciones para adicionar dichos consejos orgánicos de asesoría y coordinación para actualizar todas las estrategias que favorezcan este grupo poblacional. Generalmente para esta población no se realizan muchas cumbres o reuniones emitidas en la asamblea sin embargo en los años de 1982 y 2002 la Asamblea General de las naciones Unidas llevo a cabo un tratado en respuesta al envejecimiento considerándolo como un problema a tomar en cuenta, en dichas reuniones se estableció un plan de acción internacional que contiene las orientaciones. (31)

- Envejecimiento saludable
- Previsión y seguridad social
- Participación e integración social
- Cultura sobre el envejecimiento y vejez

Con este plan lo que se enfatiza en la importancia de mantener la capacidad funcional y el envejecimiento saludable, es algo más que una ausencia de patologías. Gracias al desarrollo en investigaciones el campo de los cuidados

paliativos actualmente con un gran escenario del cual se puede investigar, sin embargo como su base en evidencias historias no es profunda o exploradas muchas veces se van por métodos no científicos, para obtener un estudio de este ambiente es un poco complejo por fuerza mayor a la que se puede manejar, no por falta de pacientes sino por falta de aceptación del paciente, pero aun así se ha trabajado desde una población infantil menor hasta los adultos mayor.

Al haber un aumento de esperanza de vida la medicina geriátrica comenzó a tomar una participación más activa, bien es conocido que desde las civilizaciones antiguas el llegar a una edad avanzada era significados de grandes logros en la vida, de igual forma significaba virtud, conocimiento y poder, sin embargo poco a poco se fue alejando ese “criterio inicial” por algo visto como “débil y carga”, ya que con el avance científico se demostró que los procesos fisiológicos que conllevan el envejecimiento hacen que el cuerpo “muera poco a poco”

Por ende, al momento de aplicar los respectivos cuidados a este grupo poblacional debe enfatizar la edad y el sistema u órgano del cual está más deteriorado, anteriormente los geriatras recusaban a los especialistas, alegando que las tecnologías invasivas no aportaban o no beneficiaban a los pacientes y que era preferiblemente tomar una postura conformista hacia la muerte.

Este pensamiento se ha cambiado radicalmente, tanto así que el papel más común de los geriatras es hablar sobre las especialidades renuentes, como por ejemplo una persona de 95 años tiene una buena posibilidad de beneficiarse de una intervención quirúrgica, o realizar rehabilitación.

Entonces se define que la geriatría trabaja en el proceso de convencer a los médicos (no fatalistas delante del paciente) busquen de forma asertiva los problemas que pueden ser tratados para que tengan momentos de calidad de vida enfatizando la dignidad humana. Desde una perspectiva integradora, los cuidados paliativos en la geriatría están enfocados en una unión interdisciplinaria, holística y comprensiva, vistos como una sola unidad con una sola prioridad; garantizar en la medida de lo posible la calidad de vida, a diferencia de una

población joven, en esta población se debe realizar una evaluación regular tanto en casa, hospital, asilo o casa de reposo para dar un cuidado preciso para el paciente preciso en el momento preciso. (32)

Un adulto mayor en cuidados paliativos es casi considerado un paciente terminal, más no es determinado como tal ya que todo se erradica en el estadio de la enfermedad, incurable y progresiva, que ya no responde a ningún tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado a menor a 6 meses. Cuando el paciente se encuentra en cuidados paliativos existen los llamados “fracasos orgánicos” que es donde se marca el punto progresivo irreversible, que son marcadas con las siguientes enfermedades como mínimo: cáncer (cualquier tipo y estadio), insuficiencia cardíaca, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades renales y hepáticas, enfermedades motoras o esclerosos lateral amiotrófica, enfermedades neurodegenerativas, Parkinson, Huntington, Demencia y Alzheimer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, entrando también en estas categorías golpes, caídas, accidente que el cuerpo por su estadio fisiológico no resisten. Si bien las enfermedades crónicas son lo que marcan a un paciente, es fundamental tomar en cuenta el deterioro físico, aumento de la debilidad, bajo nivel del sistema nervioso central, sentidos básicos deteriorados e incluso la cantidad de fármacos que consume en conjunto con su vía de administración. Por eso todo el equipo debe conocer la tipología de la enfermedad para reforzar su asistencia. Los cuidados paliativos en la población geriátrica han demostrado ser efectiva, satisfactoria y eficiente por que cuenta con indicadores de calidad, en todos los niveles sanitarios. (32)

Como anterior mente mencionado es responsabilidad del Estado brindar un sistema de salud efectivo e integral que cuide en cada etapa a los ciudadanos, ya que la salud pública es el conjunto de acciones que realizan el equipo médico con fines concretos y necesarios para mejorar la salud de las poblaciones. Entre las funciones del cambio paliativo que posee el Estado está: Regular la práctica clínica y regular de forma adecuada de estos servicios , por tanto la política debe abordar las funciones y estructuras para ellos, según el modelo de salud de la

OMS para integrar eficazmente los cuidados paliativos en la comunidades geriátricas aplican un modelo que siempre debe estar ligado a la cultura, demografía de las enfermedades y sistema de salud que posee el país, dando resultados a corto, mediano y largo plazo, además necesita abordar cuatro componentes del siguiente modelo. (33)

- Políticas apropiadas.
- Suficiente disponibilidad de medicamentos
- Educación de los profesionales de la salud.
- Implementación de servicios en todo nivel de atención

En un marco global en el año 2015 en Ecuador 1478 personas no hospitalizadas fallecieron, de estos 950 fallecieron en sus domicilios, 417 fueron incluidas en el estudio de cuidados paliativos, excluyendo 533 personas fallecidas no susceptibles de cuidados paliativos. En todo esto se señala la mucho que este proyecto debe ser implementado que todo y cada uno de los ciudadanos lo gocen sus diferentes estadios de edad o patología. Los síntomas más comunes y recurrentes de estos pacientes en estas condiciones son en la fase de agonía: Somnolencia y confusión respiración ruidosa, agitación terminal, delirio, dolor disnea, alteraciones biológicas, taquicardia, hipertensión arterial, hipotermia, sarcopenia, dificultad para la ingesta de alimentos, desenfoque de vista y oído apnea del sueño, desorientación, infecciones urinarias y enfermedades neurodegenerativas. (34)

4.3.6 NUTRICIÓN GERIÁTRICA

Es el área de la nutrición que se dedica al cubrir las necesidades calóricas y metabólicas de las personas de la tercera edad, con un enfoque especial en cubrir los procesos de envejecimiento en conjunto con las enfermedades que aparecen a esa edad, por eso se debe establecer dietas especiales y

personalizadas de acorde a su organismo y factores exteriores como fuerza y dentadura, en conjunto con movilidad y ejercicio de salud mental. (35)

Como anteriormente se habia mencionado los adultos mayores es una población de extremo cuidados en el area de la malnutrición, que es un estado que se produce en el cuerpo por la falta o de ingesta de nutrientes completos y adecuados y/o el sobrecargo de calorías vacas de una mala alimentación, dando lugar a alteraciones de la composición corpora y descompensación de balance de micro y macronutrientes coporporales, reducción la funcion fisica, mental e inmunologica dando paso a una serie de evoluciones de enfermedades subyacentes. Una malnutrición es multifactorial que llega a cualquier edad de la persona, en general se da por ayuno y dietas mal controladas, enfermedades degenerativas y la edad avanzada, en casos catastróficos (hay casos de que estos tres y más ejemplos se combinan en un mismo paciente). Los adultos mayores es un grupo vulnerable debido al mismo hecho del envejecimiento corporal, que trae consigo una disminución notoria de pérdida de apetito, perdida de piezas dentales, dificultad para deglutir alimentos, fragilidad muscular, deterioros cognitivos, los pacientes se vuelven polifarmacias, dando en casos mal controlados una sarcopenia crónica. La malnutrición no es un problema reciente de hecho sus sufras han ido en aumento sobre todo en las áreas de geriatría de los hospitales, con una prevalencia del 30% en el momento de ingreso, e incluyendo los de riesgo en malnutrición la cifra sube a 65 a 75%, al haber una cifra aumentada la estancia del adulto mayor en el hospital aumenta con una mayor mortalidad, aumento de reingresos y costes mayores de atención sanitaria. (35)

Para llevar el abordaje de la desnutrición hospitalaria y de la población adulta mayor, se debe implementar el cribado del estado nutricional en Atención Primaria que se aplican en esta población, en las primeras de 24 a 48 horas de ingreso con una reevaluación semanal, el uso de las guías ESPEN de Nutrición Clínica en geriatría recomienda que para las personas mayores con el fin de

prevenir y/o tratar de desnutrición y deshidratación es fundamental la identificación temprana y la intervención nutricional de forma precoz durante el ingreso hospitalario. No hay con exactitud un límite en el uso de los cribados sin embargo cualquiera de estos deben ser válidos, fiables, reproducibles y prácticos, con una elevada sensibilidad y especificidad, el más usado en pacientes hospitalario es el (VGS) Valoración Global subjetiva y el NRS sin embargo para el uso en la población adulta mayor según la ESPEN, el cribado de “oro” es (MNA) Mini Nutricional Assessment. El MNA es un método de evaluación y screening nutricional diseñada para hospitales, residencias geriátricas, alberges y casas hogares; consta de dos partes un cribado de 7 preguntas y una de evaluación de 12 preguntas, dando con una puntuación de ≥ 24 indica que el paciente presenta un buen estado nutricional; una puntuación de 17/23 indica un riesgo nutricional indicando que si no hay pérdida de peso visible o valores bioquímicos alterados si muestra una ingesta calórico proteica alterada; y con un puntuación inferior al 17 es paciente presenta desnutrición calórico, proteica alteración en medidas antropométricas y bioquímicas. (36)

Cuando se detecta los pacientes con malnutrición implica una valoración más completa que se adapte al paciente para disminuir cualquier alteración secundaria, sobre todo cuando hay un retraso de respuesta al tratamiento y recuperación, deterioro de la de inmunocompetencia, disminución de la autonomía, por lo que es destacable su asociación con la comorbilidad, discapacidad, el estado cognitivos, y la enfermedades neurodegenerativas que llevan todo esto a que este grupo poblacional sea marcado como primario en cuidados paliativos. (37)

4.3.7 ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL ADULTO MAYOR

El inicio de la tercera edad trae consigo complicaciones en las enfermedades que incluso cuando uno está en edad de adulto joven son complicadas, al llegar a la tercera edad, estas se complican de manera que se debe tener mayor cuidado, entre las más comunes

Diabetes: Es una enfermedad grave, que afecta cuando la glucosa en sangre presenta niveles altos, la diabetes tipo 2 es la que más afecta al adulto mayor, algunos son detectados y controlado, pero otros son progresivos

Artritis y artrosis: La artrosis, se presenta cuando el tejido que recubre los huesos de la articulación se rompa y la artritis es cuando el sistema inmunitario se debilita y atacan a las articulaciones

Enfermedades cardiovasculares: La más común es la cardiopatía coronaria, que afecta a los vasos sanguíneos del corazón haciendo que no reciba las cantidades de sangre adecuado trayendo complicaciones.

Enfermedades gastrointestinales: A mayor edad las personas presentan algunas ocasiones disfagia, que es la dificultad para deglutir (líquidos o sólidos); La gastritis atrófica que es la inflamación de la mucosa del estómago, por el desgaste del sistema inmunológico, aumentado la acidez e impidiendo la absorción de proteínas y algunas vitaminas, también el estreñimiento, sobre todo por la deshidratación y malos hábitos alimenticios.

Demencia y Alzheimer: Aunque es una enfermedad que actualmente se presenta cada vez en edades más tempranas los adultos mayores son su principal foco de atención, se estima que casi entre más del 40% de los adultos mayores sufren de algún tipo de demencia. Provocados como consecuencia de la edad o de la enfermedad principal por un debilitamiento de músculos, huesos y endurecimiento de arterias. La demencia se presenta en diferentes formas. (38)

Alzheimer: Es la demencia mas común, en el adulto mayor, su principal característica es la dificultad para recordar hechos o sucesos de cualquier tiempo, mientras más dificulta en recordar los sucesos más avanzada esta la enfermedad, tiene al factor familiar como riesgo principal.

Demencia vascular: Este tipo esta conectado con los accidentes cerebrovasculares, en otros casos como consecuencia de la diabetes, colesterol, alto y HTA, la enfermedad empeora con relación a lo nuero de accidentes.

Demencia Lewy: En este tipo esta más relacionado con los problemas movilidad, temblores y equilibrio. Tiene gran dificultad para dormir y comer

Demencia frontotemporal: Asociada con los cambios de personalidad, en casos avanzados tiene episodios de esquizofrenia, tiene problemas en comunicarse, hablar, comer o entender.

Demencia mixta: Es marcada porque se presenta casi solo en pacientes adultos mayores, con una combinación de los otros tipos de demencia ej. Tener demencia vascular y alzhéimer haciendo que su deterioro sea más avanzado.

4.3.8 ROL DE LA NUTRICIONISTA EN PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS.

Las primeras intervenciones entre los nutricionistas en los cuidados paliativos surgen desde el manejo a pacientes con cáncer y desde su integración en el equipo de especialistas en cuidados paliativos se trata tanto en pacientes con enfermedades con y no oncológicas mantenido un constante desarrollo, entre la comunicación y guías alimenticias. Las personas no consideran que la alimentación pueda constituir una causa de conflicto directo con el desarrollo de la patología, sin embargo, mientras más evolución en las investigaciones en la

medicina paliativa se ha verificado que es una actividad más relacional entre la cotidianidad y la conducta del paciente actual, tomando el rol de consejero o asesor del equipo multidisciplinario, que brinda soporte y orientación para el manejo de las alteraciones de la comunicación y la alimentación.

La parte de la alimentación es considerada una igual a salud, supervivencia y vida, que cubre las necesidades básicas de la nutrición, sin embargo, las personas han usado la alimentación para algo más que solo la parte nutricional, sino como una unión en función social, amistad y familia, el comer es un acto normal y el no hacerlo o no tener ganas de comer es una manifestación de que una situación no está normal.

Ya centrándonos en la parte de cuidados paliativos la alimentación estará influenciada por estos condicionantes y recuperación física y psicológica derivados de la enfermedad. En una población geriátrica todos los síntomas dificultan una ingesta adecuada, y aunque no es provocado por conciencia propia muchos llegan a sufrir TCA, saciedad precoz y aversiones a los alimentos, porque muchos pacientes se dan cuenta o sienten que comer no es importante, es más ni lo ven necesario cuando saben que su hora de muerte está cerca. (30)

A diferencia de lo que piensa el paciente que muchas veces suele perder la noción de su realidad, la familia de estos es la que más vela e interviene por ellos con una angustia de que si no se alimentan el paciente se empeorara o incluso puede morir de hambre, por lo que erróneamente tanto el cuidador como la familia se ven obligados al paciente a incrustarles comida de forma obligada. Este empeño desmesurado por alimentar de forma errónea o precipitada ha llegado a tener conflictos entre la familia y el equipo multidisciplinar, sin embargo, antes de caer en ese círculo vicioso sin fin se debe determinar una serie de objetivos con el paciente minimizando las molestias para máxima el disfrute de los alimentos. Dentro de los cuidados paliativos bien mencionado anteriormente la fase terminal es una de sus últimas etapas cuya ingesta de alimentos es generalmente repartida en dos instancias, la primera es un marcado descenso de la ingesta dejando por completo de comer, por otro lado el último paso a tomar en cuenta

es la “Luz Terminal” que proviene de un teoría de transmisión por el psicólogo filosofo estadounidense William James, que indica que justo antes de morir el cerebro deja de distorsionar las señal de todo nuestro sistema volviéndolas repentinamente claras, dando al paciente golpes de éxtasis, su memoria es recuperada parcialmente (en muchos casos de demencia, los adultos mayores han recuperado el completo conocimiento de los miembros de su familia), el hambre y sed. Estos últimos son las señales más determinantes ya que el paciente paso de comer nada a de pronto pedir más comida, pedir golosinas, dulces, antojos y siempre acompañado con grandes cantidades de líquido, jugos, agua y muchos exigen que se les den refrescos y colas. (30)

Un paciente geriátrico con cuidados paliativos es importante determinarle objetivos alimenticios que cubran además de sus requerimiento calóricos ayuden a la ansiedad mental del paciente sin entera en conflicto entre familia, cuidador y nutricionista, muchas veces la persona que está dando de comer llega a sentirse mal o con una sensación de culpa porque el paciente no le ha comida ni la cuarta parte del plato, ya que en la parte del duelo suelen salir a la luz el terrible estado físico con el que termino el paciente. Cuando un paciente esta más lucido o al menos está consciente y orientado, este tipo de conflictos internos hacen que esa persona llega a sentirse mal, y aunque quiera poner de su parte y colaborar muchas veces los mismos síntomas de su tratamiento y comorbilidades hace que sus ganas choquen de manera abrupta dejando al paciente en un estado de intolerancia total. El tema de los cuidados paliativos, es uno de los temas más privados, conflictivos y dolorosos que una persona pueda hablar libremente, por lo que en más de una ocasión es tema de controversias y conflictos en relación a lo que se debe o no aplicar, el querer aceptar rechazar el tratamiento, formando constantes desacuerdos por intereses, necesidades y deseos no son temas que se tomen decisiones a la ligera, juega los sentimientos un rol muy importante y es el que muchas veces influye en la decisión final, puede ser de forma positiva con una aceptación total o por el contrario un rechazo formando desacuerdo en todo su entorno. (30)

La familia debe el pilar inicial con el que el paciente debe contar, y para que sea un verdadero soporte debe contar con una comunicación activa, que se le llama “herramienta terapéutica” y que es un acceso al principio éticos de la autonomía, al consentimiento informado, generando confianza en el que al paciente se le dice la veracidad de su situación para que con su familia y el mismo busquen la mejor forma de ayudarse mutuamente. Pero aparte de esta herramienta, se necesita la coordinación del equipo médico, familia y paciente, porque cuando hay un orden, hay cooperación, hay trabajo y el sentimiento de ansiedad y estrés de las malas noticias se van sobrellevando de mejor manera; cabe recalcar que entablar una comunicación con cualquier persona sobre temas aleatorios, suelen ser originados de forma espontánea, en todo grupo de personas, sin embargo entablar una comunican con un enfermo, suele convertirse en una tarea que con lleva mucha paciencia y tener prudencia con temas delicados que pueden afectar la salud del paciente, ahora el entablar una conversación con un paciente en cuidados paliativos y terminales es completamente diferente a tal modo que se siente que hay una barrera entre la ellos, pero esta barrera no solo es entre los familiares y allegados sino también está presente en los profesionales de la salud, que ven como un obstáculo que deben ir manejando diariamente. Los cuidados paliativos son temas delicados, tabú para algunas personas, que hacen que rechacen, ignoren, y no acepten su verdadera situación, en este tipo de casos siempre habrá dos tipos de pacientes: El primer tipo de paciente será aquel que este en capacidad para entender su situación y la acepte, la afronte, independiente de sus sentimientos o emociones pero el paciente no ignorar ni se le ocultara ningún detalle, mientras que del otro lado esta aquel paciente que no está consciente de su situación ya sea por la enfermedad misma que ha perdido completamente la lucides o sea por el rechazo y el encierro, la ira y la negatividad, que piensa que su enfermedad la puede “controlar el mismo”. Siempre se tiene bastante conflicto con el segundo paciente por lo que es muy necesario el rol y apoyo familiar, ya que el paciente en caso de no estar en lucidez automáticamente debe tener un tutor legal que en primera instancia sea

su cónyuge, en caso no estar casado, su madre o padre, incluyendo a menores de edad y en caso de tener familia secundaria se le dará paso hasta que se le tenga un debido tutor, solo en casos ajenos como “personas abandonadas” (mendigos en su mayoría) que no cuentan con ninguna familia el doctor a cargo es nombrado su tutor legal. (40)

Un paciente bien informado entre en una zona de confianza, creando vínculos que indirectamente se ven implados en los tratamientos de su enfermedad, pero para que esto sucede al paciente se le debe dar tiempo, no es nada fácil aceptar la situación en la que se encuentra por lo que él debe conocer acerca de que tiene, ¿Cuál es su enfermedad? ¿Qué síntomas tiene? ¿Cuáles son los tratamientos médicos? ¿Qué le sucederá a mi cuerpo? Estas son un ejemplo de las miles de preguntas que pasan en la cabeza del paciente por lo que al momento de dar la información debe ser impartida de forma lenta, continua y paulatina, respetando las condiciones personales, ya en este punto independiente en que estadio de enfermedad tiene nunca se debe eliminar la esperanza aunque sea en una enfermedad terminal, lo cual muchos médicos han descrito como “mentira piadosa” por qué actualmente no es usada ya que se miente con respecto a la verdadera situación del paciente. En nuestra realidad no es nada difícil encontrar información sobre las enfermedades en internet, que ha sido una herramienta tan útil, pero a la vez tan peligrosa, ya que dependiendo de lo que encontremos en internet se nos dará una idea de lo que podemos padecer. Las personas tienden a “creer” todo lo que ven en internet lo cual llega a formar una ola de información errónea asustando a un punto crónico al paciente que llega a imaginarse los peores escenarios posibles. Paul Watzlawick un filósofo austriaco, señaló: “Es imposible no comunicarnos, todo se comunica, hasta en nuestro silencio, nuestros gestos, la posición del material médicos, nuestra postura, nuestra mirada y la mirada hacia el paciente” Dicha frase demuestra que nuestras acciones hablan por sí sola.

La comunicación es considerada como la herramienta dorada para el cuidado integral y paliativo, porque gracias a ella se es posible reconocer y descubrir las necesidades del paciente, en los cuidados paliativos la interacción con cualquier miembro de la salud debe constar con el escuchar atento con la mirada y postura brinda humanización. En esta situación la meta es calidad de vida y no supervivencia de vida, dos conceptos completamente diferentes que jamás deben ser considerados como iguales, en una calidad de vida no se busca sanar o curar ni mucho menos producir daños innecesarios, para llegar a ello se debe dar un diagnóstico, tratamiento, pronóstico y apoyo. La comunicación es el agente terapéutico gratuito más común en cuidados paliativos, que debe darse un lugar al igual que el farmacológico, gracias a la comunicación se logra disminuir la incertidumbre, por más que la respuesta sea trágica, es mejor que vivir una dulce mentira.

La parte nutricional, es una de las principales en beneficiarse con esta herramienta, para obtener un requerimiento se necesita una exploración completa tanto física como hablada hacia el paciente, el nutricionista busca y llega a la meta de lo que un paciente requiere, sin embargo en estos tipos de paciente lo que se busca es el apego a la comida, el eliminar el temor a comer, ya que en pacientes con cuidados paliativos es más que común que bajen de peso de una forma descomunal, ya que el apetito y los tratamientos logran que el paciente no tenga ganas de nada, por lo que por medio de la comunicación el nutricionista toma un papel psicológico buscando una respuesta, y solo hasta encontrarla es por donde comienza a actuar. El paciente común muchas veces miente en la consulta ya sea por pena o miedo, ahora si el paciente paliativo ni habla es casi imposible identificar los gustos, alergias, comidas frecuentes, grupos de alimentos que el anteriormente consumía, por lo que aunque sea tedioso el nutricionista se verá obligado a no dejar de actuar por eso también buscara la ayuda familiar, para pacientes que cuentan con una familia o con un cuidador personal, es mucho más fácil saber qué es lo que come en su día a día,

y en este caso más que educar al paciente descompensado se trabaja en grupo con el cuidado y/o familiar por medio de la educación donde se les mostrara que la terapia y apoyo nutricional es indispensable para la calidad de vida del paciente en estos momentos por lo que la nutrición, la familia y la comunicación es un equipo que debe ir en armonía solo para el bien del paciente. Al momento de realizar la consulta se debe tomar en cuenta una serie de puntos a tomar en cuenta, por medio del siguiente cuadro:

Antes de la Entrevista	
AMBIENTE	Se tomó en cuenta que no es lo mismo realizar una historia clínica hospitalaria que una domiciliaria, el lugar determinará que tan cómodo será para el paciente, sin embargo, el pronóstico, los objetivos y el tratamiento será el mismo independiendo del lugar
DURENTE LA ENTREVISTA	
Presentación	Se debe presentar de manera independiente a su equipo multidisciplinar para generar confianza tanto al paciente como familia, mostrándose para no dar una imagen del montón
Evaluar	En esta parte se pregunta a la familia que tan informados están de la situación del paciente, para que ellos aprehendan de manera veraz. Aquí se exponen la relación nutricional con la enfermedad.
Pronostico	Se comunica de manera clara, evitando incertidumbre y enredos mentales. Se les indicará cual será el efecto del tratamiento nutricional sobre el paciente
Decisión	Debemos contestarnos ¿Qué es lo quiere el paciente? Evaluar si el paciente acepta o no la parte nutricional y sobre todo estará comprometido a seguirla
Apoyo	En esta parte se divide en dos. La primera, aunque el paciente y familia no acepten (independiente al motivo) la nutricionista actuará indispensable mente con el equipo multidisciplinar. En el segundo caso la nutricionista actuara de manera conjunta y a la vez independiente (buscara priorizar un tratamiento personalizado a base de gustos, del

	paciente hasta que el paciente acepte la dieta a seguir)
Ensañamiento terapéutico	Dependiendo del punto anterior se procederá de manera independiente o multidisciplinar
Muerte, emociones y silencios	En este punto se discute de manera veraz las probabilidades de muerte, y se toma el soporte nutricional actuará en los efectos secundarios.

En resumen, de la intervención el nutricionista debe de sintetizar las discusiones y la trayectoria de planes, aclarar las preguntas del paciente y familiares incluyendo temas económicos y recalcar que el plan a seguir no debe ser realizado independiente a los demás, aunque se trabaje de forma autónoma, mantener un seguimiento y control veraz y documentar de manera física y digital la historia clínica.

4.3.9 ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

Para este tipo de pacientes, es recomendable que se mantengan con una dieta personalizada, esto quiere decir, se considera su enfermedad de base, alergia alimenticia, si posee prótesis bucal, etc. En este presente estudio se puede observar que los pacientes tienen una gran cantidad de dietas que van desde una general hasta una sonda nasogástrica, pero entre las más destacadas son la blanda gástrica, hiposódica y diabética. Estas dietas desempeñan un papel muy importante en el control del apetito del paciente adaptándose a su gusto, la mayoría de los alimentos son variados tanto en sabor como su modo de cocción, con gran presencia de frutas y vegetales. Aunque sean adultos mayores y más de la mitad necesite ayuda al momento de alimentarse aun muchos pueden realizarlo de manera autónoma. La alimentación paliativa no constituye alimentos o dietas fuera de lo normal o que tengan un costo económico mayor, solo implica que la alimentación se CESA, (Completa, Equilibrada, suficiente y adecuada). En cuanto a su cambio de estilo de vida, en esta etapa es casi irrelevante ya que están en una de las últimas etapas de su vida, pero muchos desean mantener un

“estilo de vida sano”, por lo que principalmente deben eliminar el alcohol, tabaco, drogas clandestinas, manteniéndose muchos con terapia física. (35)

4.4 MARCO LEGAL

El artículo 358 expresa que: “El sistema nacional ecuatoriano de salud tiene por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.” Por lo que toda persona tiene derecho a recibir tratamientos ante enfermedades catastróficas permitiendo tener un fin de vida digno e integro.

En el ART.51 de la Constitución ecuatoriana expresa que: “Se garantiza a las personas que padecen estos tipos de enfermedades a ofrecer asistencia y atención médica de manera gratuita en todos los niveles de manera oportuna y preferente, aún más cuando se encuentran en estado de doble vulneración” (27)

Después de realizar varias mesas de trabajo y coordinaciones entre diferentes entidades y sociedad civil culminaron con la expedición del Decreto 163 de 2021 el cual Crea el Consejo Nacional de Personas Mayores- CNPM, el cual tiene como objetivo ser el órgano consultivo de carácter permanente del Ministerio de Salud y Protección Social, en su labor de coordinación del desarrollo y ejecución de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

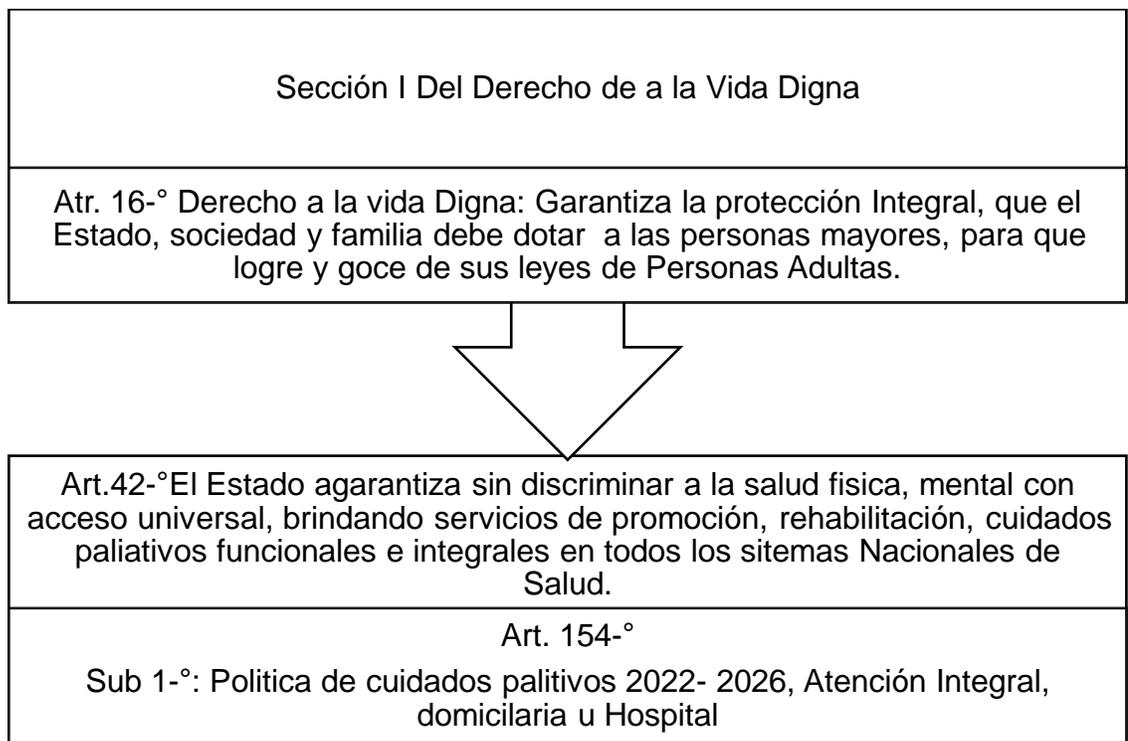
En ese sentido debe apoyar los procesos de seguimiento a Políticas, programas, proyectos y estrategias que favorezcan a este grupo poblacional buscando que la atención a esta población cumpla los parámetros de calidad y eficiencia basado en los derechos humanos y afianzando la articulación y coordinación con otras instancias y el fortalecimiento de la participación de las personas mayores y sus familias.

En la constitución de la República del Ecuador, el artículo 1 se consagra como un Estado Constitucional con derechos, obligaciones y justicia.

En el artículo 3 tiene como deber garantizar sin discriminar el goce de los derechos humanos.

En el artículo 35, establece “Las personas adultas recibirán atención primaria y especializada en el ámbito público como privado” brindándole protección como personas con doble vulnerabilidad.

En el artículo 38 se establecen políticas públicas, que aseguren atención integral, desarrollo de programas, integración social y acceso a un cuidado especializado en su etapa final de vida.



5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

"Como la valoración nutricional en pacientes de la tercera edad con enfermedades catastróficas en cuidados paliativos del Asilo Hogar Esperanza Guayas #2 de Guayaquil, durante el periodo 2022-2023, puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida y prevenir o reducir los efectos secundarios de las patologías principales."

6. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Indicador (punto de corte)
Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino femenino
Edad	Cuantitativa	Intervalo	>64 años
IMC, adulto mayor (OMS,2018)	Cuantitativa	Intervalos	Kg/m ² Bajo peso: <=23 Normo peso: >23 /<28 Sobrepeso: >28 /<32 Obesidad > 32 OMS
ICC (Riesgo cardiovascular)	Cualitativa	Intervalos	Varones 0.96 – 0.99 cm Bajo > 1.00 Alto Mujeres 0.81 – 0.84 cm Bajo > 0.85 Alto OMS

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Indicador (punto de corte)
CEREALES Y DERIVADOS	Cualitativa	Nominal	Consumo Diario 3 o más veces a la semana, pero no diario. 1 o 2 veces a la semana Menos de 1 vez a la semana

			Nunca o casi nunca
VEGETALES			Consumo Diario 3 o más veces a la semana, pero no diario. 1 o 2 veces a la semana Menos de 1 vez a la semana Nunca o casi nunca
FRUTAS			Consumo Diario 3 o más veces a la semana, pero no diario. 1 o 2 veces a la semana Menos de 1 vez a la semana Nunca o casi nunca
LÁCTEOS			Consumo Diario 3 o más veces a la semana, pero no diario. 1 o 2 veces a la semana Menos de 1 vez a la semana Nunca o casi nunca
CARNES BLANCAS /ROJAS			Consumo Diario 3 o más veces a la semana, pero no diario. 1 o 2 veces a la semana Menos de 1 vez a la semana Nunca o casi nunca
LEGUMINOSAS			Consumo Diario 3 o más veces a la semana, pero no diario.

			<p>1 o 2 veces a la semana</p> <p>Menos de 1 vez a la semana</p> <p>Nunca o casi nunca</p>
TUBERCULOS			<p>Consumo Diario</p> <p>3 o más veces a la semana, pero no diario.</p> <p>1 o 2 veces a la semana</p> <p>Menos de 1 vez a la semana</p> <p>Nunca o casi nunca</p>
HUEVOS			<p>Consumo Diario</p> <p>3 o más veces a la semana, pero no diario.</p> <p>1 o 2 veces a la semana</p> <p>Menos de 1 vez a la semana</p> <p>Nunca o casi nunca</p>
PESCADOS			<p>Consumo Diario</p> <p>3 o más veces a la semana, pero no diario.</p> <p>1 o 2 veces a la semana</p> <p>Menos de 1 vez a la semana</p> <p>Nunca o casi nunca</p>
ACEITES			<p>Consumo Diario</p> <p>3 o más veces a la semana, pero no diario.</p> <p>1 o 2 veces a la semana</p> <p>Menos de 1 vez a la semana</p> <p>Nunca o casi nunca</p>

<p>SNAKS /PRODUCTOS DE PASTELERIA</p>			<p>Consumo Diario</p> <p>3 o más veces a la semana, pero no diario.</p> <p>1 o 2 veces a la semana</p> <p>Menos de 1 vez a la semana</p> <p>Nunca o casi nunca</p>
<p>AZUCAR (BLANCA, MORENA, SPLENDA)</p>			<p>Consumo Diario</p> <p>3 o más veces a la semana, pero no diario.</p> <p>1 o 2 veces a la semana</p> <p>Menos de 1 vez a la semana</p> <p>Nunca o casi nunca</p>
<p>BEBIDAS AZUCARADAS /COLAS</p>			<p>Consumo Diario</p> <p>3 o más veces a la semana, pero no diario.</p> <p>1 o 2 veces a la semana</p> <p>Menos de 1 vez a la semana</p> <p>Nunca o casi nunca</p>

PARÁMETROS BIOQUÍMICOS

Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Indicador (punto de corte)
GLUCOSA	Cuantitativa	Intervalos	
UREA			12-54 mg/dl.
CREATININA			0.7 a 1.3 Hombres 0.6 a 1.1 mujeres
POTASIO			3,5 y 5,0 (mmol/L)
FOSFORO			2,5 y 4,5 mg./dl
ALBÚMINA			3.4 a 5.4 g/dL
HEMATÓCRITO			38,3 y 48,6 % hombres

			35,5 y 44,9 % mujeres
HEMOGLOBINA			14 a 18 g hombres 12 a 16 g/dL mujeres
COLESTEROL			120-200 mg/dl
TRIGLICERIDOS			150 a 199 mg/dl

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

7.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación de campo con enfoque descriptivo y diseño transversal, con metodología no experimental y correlacional.

- El enfoque descriptivo se utilizó para realizar una descripción detallada y análisis de los factores patológicos secundarios que afectan los problemas nutricionales de los pacientes del Asilo Hogar Esperanza Guayas #2, y así poder implementar propuestas efectivas de soporte nutricional.
- El diseño no experimental se seleccionó porque no se manipularon las variables durante el estudio.
- El diseño correlacional se eligió para analizar las posibles relaciones entre los factores patológicos secundarios y los problemas nutricionales de los pacientes en el asilo.

7.2 Universo y Muestra

Se dispone de una población total de 80 adultos mayores de ambos sexos, tanto residentes como en tránsito. Luego de revisar sus historias clínicas y considerar su información disponible, se seleccionó una muestra de 38 personas que cumplen con los objetivos iniciales del estudio.

7.2.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes adultos mayores que se encuentren en cuidados paliativos y presenten enfermedades catastróficas en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2 durante el periodo de noviembre 2022 a febrero 2023.
- Pacientes adultos mayores residentes en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2 durante el periodo de noviembre 2022 a febrero 2023.

- Pacientes adultos mayores con su Historia clínica completa en la base de datos del asilo Hogar Esperanza Guayas #2 durante el periodo de noviembre 2022 a febrero 2023.

7.2.2 Criterios de Exclusion

- Pacientes adultos mayores en tránsito o de visita temporal en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2 durante el periodo de noviembre 2022 a febrero 2023.
- Pacientes cuyos familiares o tutores legales no hayan dado su consentimiento para participar en el estudio.
- Pacientes que no presenten una enfermedad catastrófica en cuidados paliativos durante el periodo de noviembre 2022 a febrero 2023.

7.3 TÉCNICAS ES INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

7.3.1 TÉCNICAS

- Recopilación de datos personales, familiares y bioquímicos
- Antropometría
- Tamizaje/cribado
- Frecuencia de alimentos

7.3.2 INSTRUMENTOS

- Historia clínica
- Cinta métrica, tallímetro
- MNA
- Cuestionario
- IBM SPSS Statistics

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Gráfico #1: Distribución porcentual de la población de estudio según el

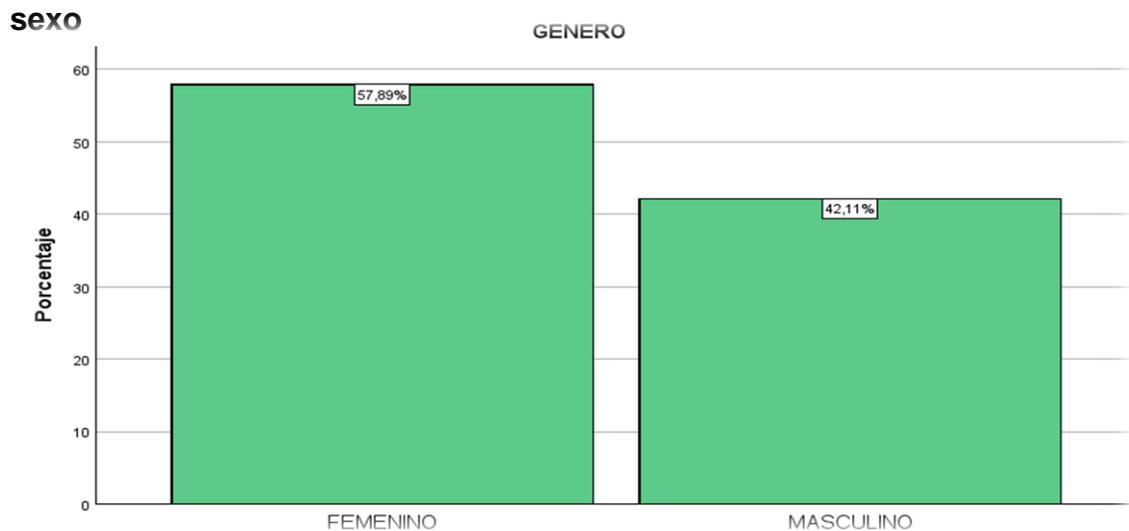


Gráfico 1. Distribución porcentual de la población de estudio según el sexo

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

El gráfico 1 análisis de la distribución de la población de estudio del asilo Hogar Esperanza Guayas #2 interpreta la relación con el sexo, el gráfico #1, un 57,89% del sexo femenino y un 42,11% del sexo masculino.

Gráfico #2: Distribución porcentual de la población de estudio según su frecuencia de alimentos (Frutas)

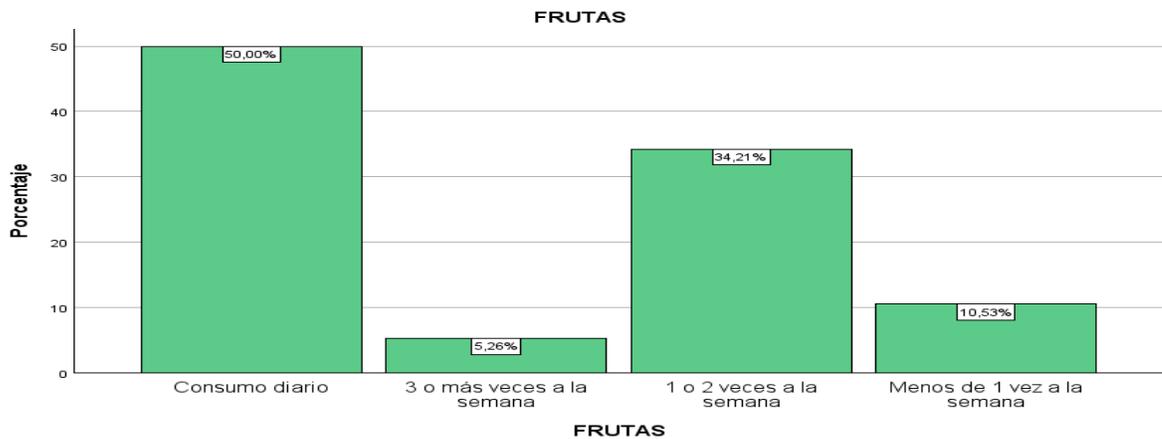


Gráfico 2. Distribución porcentual de la población de estudio según su frecuencia de alimentos (Frutas)

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el gráfico #2 se observa un análisis de la distribución del porcentaje del consumo de Frutas. Una interpretación del 50% tiene un consumo diario, 5,26% tiene un consumo de 3 o más veces a la semana; un 34,21% un consumo de 1 o 2 veces a la semana y un 10,53% menos de 1 vez a la semana.

Gráfico #3: Distribución porcentual de la población de estudio según su frecuencia de alimentos (Vegetales)

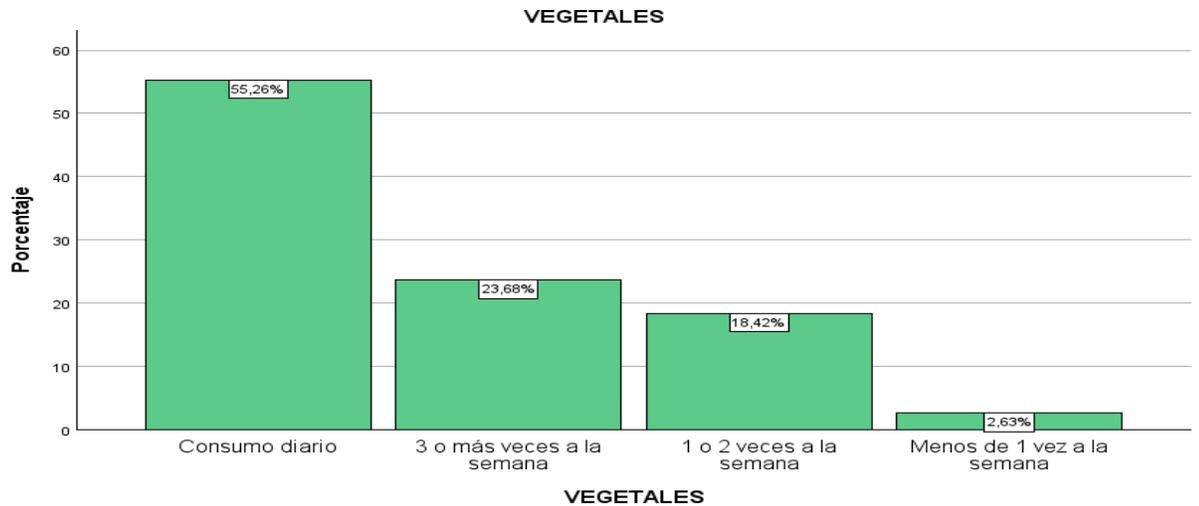


Gráfico 3. Distribución porcentual de la población de estudio según su frecuencia de alimentos (Vegetales)

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el gráfico #3 se observa un análisis la distribución del porcentaje del consumo de Vegetales. Una interpretación de 55,26% tiene un consumo diario, 23,68% tiene un consumo de 3 o más veces a la semana; un 18,42% un consumo de 1 o 2 veces a la semana y un 2,63% menos de 1 vez a la semana.

Gráfico #4: Distribución porcentual de la población de estudio según su frecuencia de alimentos (Snacks/productos de pastelería)

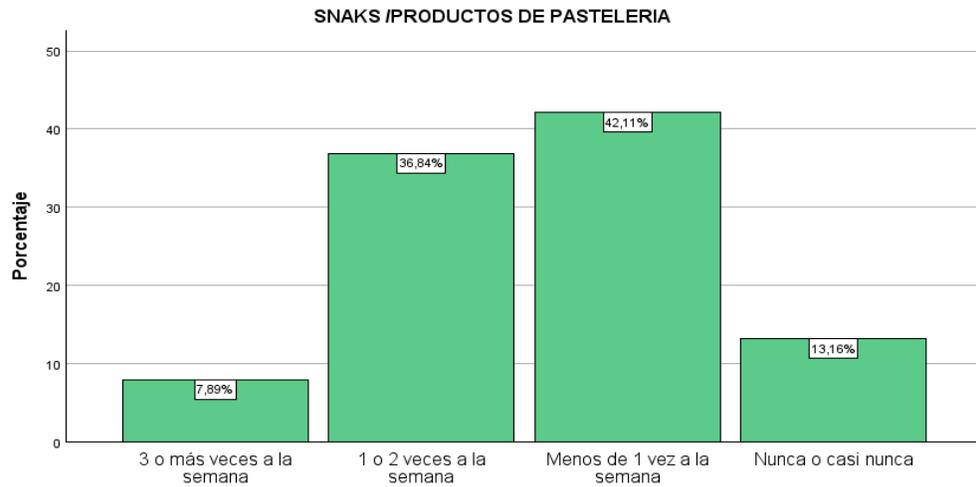


Gráfico 4. Distribución porcentual de la población de estudio según su frecuencia de alimentos (Snacks/productos de pastelería)

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el gráfico #4 se observa un análisis de la distribución del porcentaje del consumo de Snacks y productos de pastelería. Un 7,89% tiene un consumo diario, 36,84% tiene un consumo de 3 o más veces a la semana; un 36,84% un consumo de 1 o 2 veces a la semana; 42,11% menos de 1 vez a la semana y un 13,16% nunca consume.

Gráfico #5: Distribución porcentual de la población de estudio según sus exámenes bioquímicos (Glucosa)

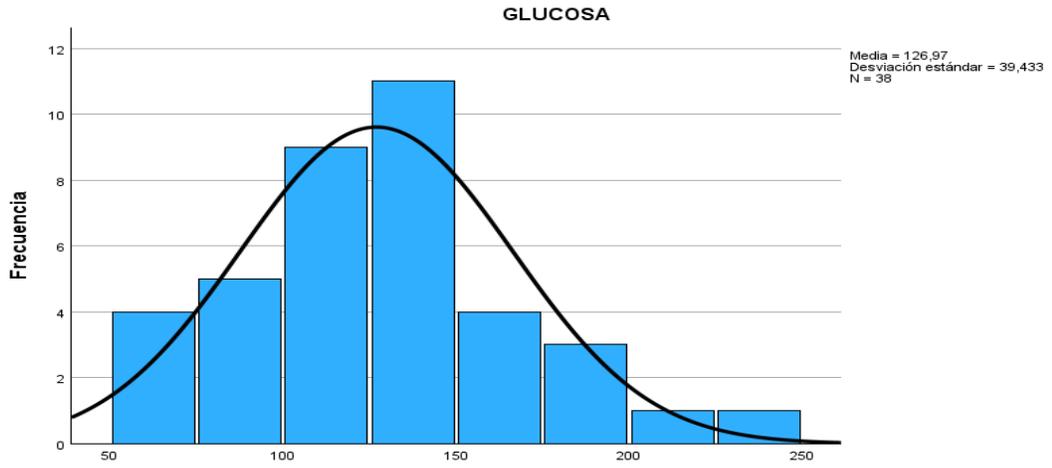


Gráfico 5. Distribución porcentual de la población de estudio según sus exámenes bioquímicos (Glucosa)

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el gráfico #5 se observa un análisis de la distribución del porcentaje según sus exámenes bioquímicos (Glucosa). Siendo interpretado con N=38, una media de 126,97 y una desviación estándar de 39,4. Dando una presencia alta de glucosa alterada.

Gráfico #6: Distribución porcentual de la población de estudio según sus exámenes bioquímicos (Hemoglobina)

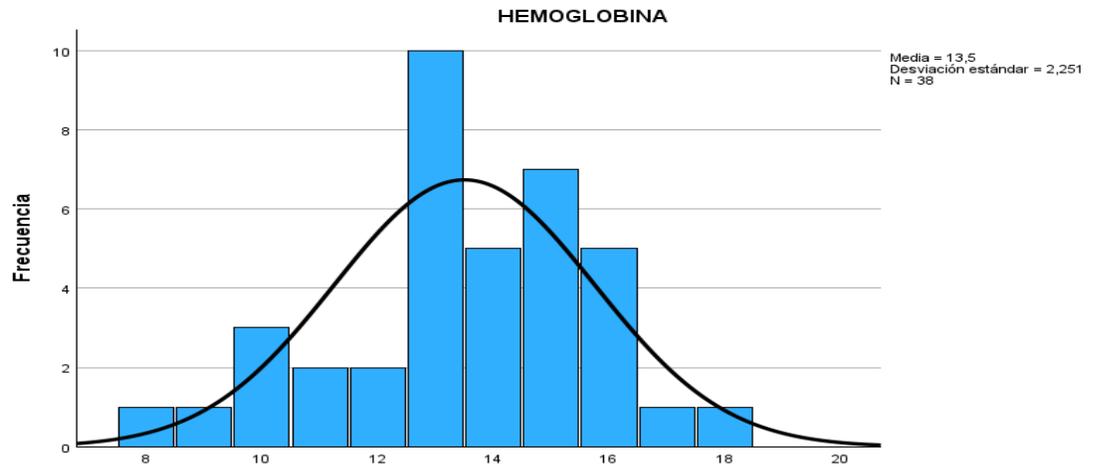


Gráfico 6. Distribución porcentual de la población de estudio según sus exámenes bioquímicos (Hemoglobina)

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el gráfico #8 se da un análisis de la distribución del porcentaje según sus exámenes bioquímicos (Hemoglobina). Siendo N=38, una media de 13,5y una desviación estándar de 2,251. Presentando un rango estable y controlado.

Gráfico #7: Distribución porcentual de la población de estudio según sus exámenes bioquímicos (Triglicéridos)

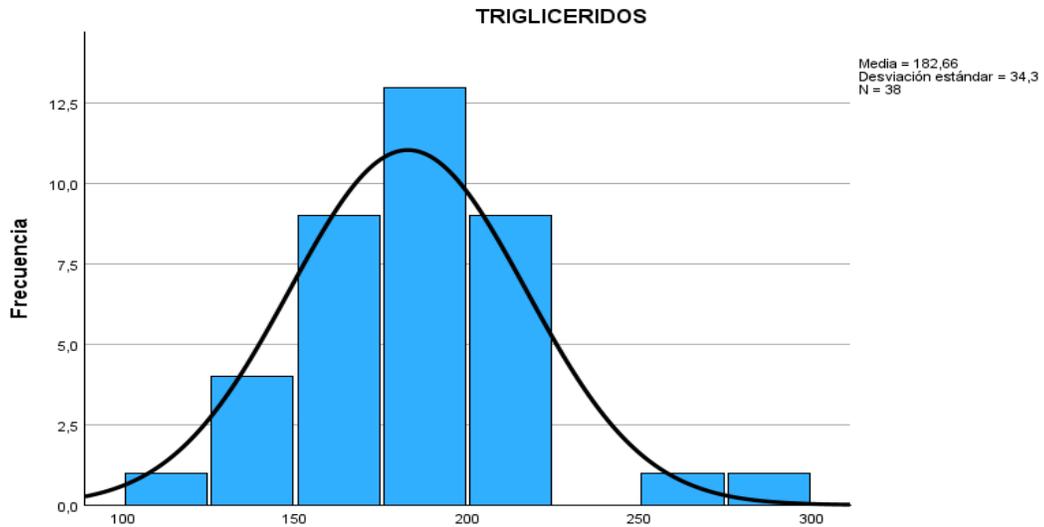


Gráfico 7. Distribución porcentual de la población de estudio según sus exámenes bioquímicos (Triglicéridos)

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el gráfico #7 se observa la distribución del porcentaje según sus exámenes bioquímicos (Triglicéridos). Interpretando, Siendo N=38, una media de 182,66 y una desviación estándar de 34,3. Demostrando valores altos.

Gráfico #8: Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Hipertensión arterial)

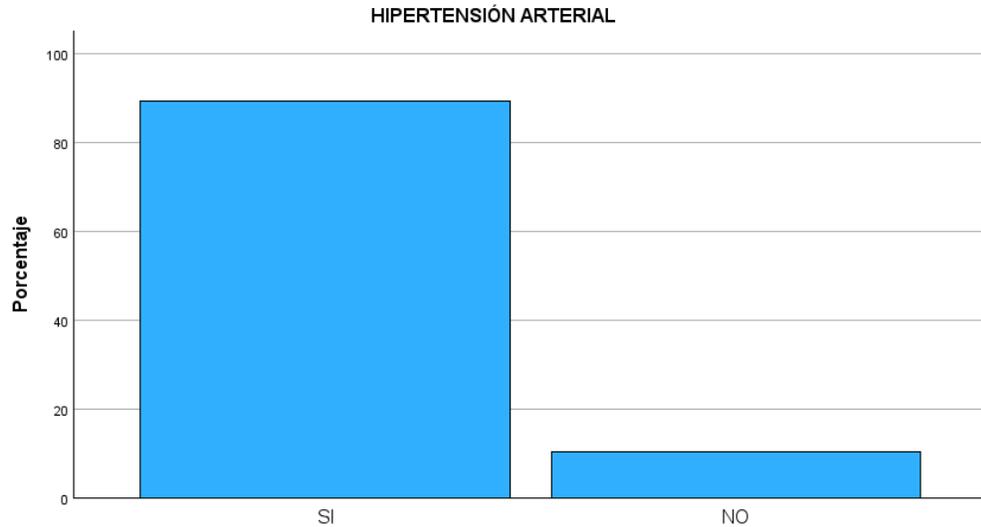


Gráfico 8. Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Hipertensión arterial)

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el gráfico #8 se observa un análisis la distribución del porcentaje según sus exámenes patologías (Hipertensión arterial). Con una interpretación de 89,5% presenta HTA y un 10,5% no presenta. Predominando gran presencia de la enfermedad.

Gráfico #9: Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Diabetes mellitus)

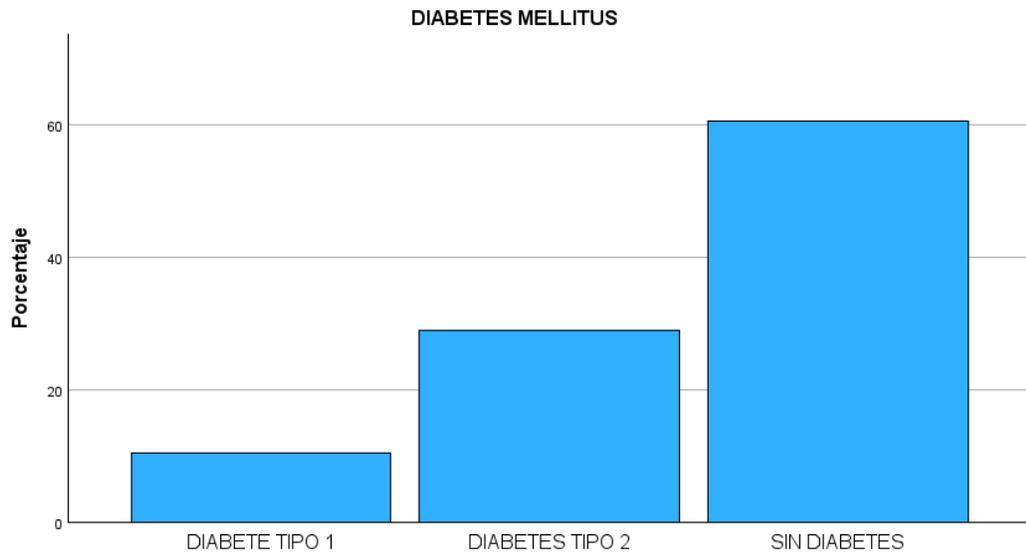


Gráfico 9. Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Diabetes mellitus)

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el gráfico #9 se observa un análisis de la distribución del porcentaje según sus exámenes patologías (Diabetes mellitus). Diabetes tipo 1 presenta un 10,5%, diabetes tipo 2 un 28,8 %% y sin diabetes un 60,5%

Gráfico #10: Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Alzheimer/demencia)

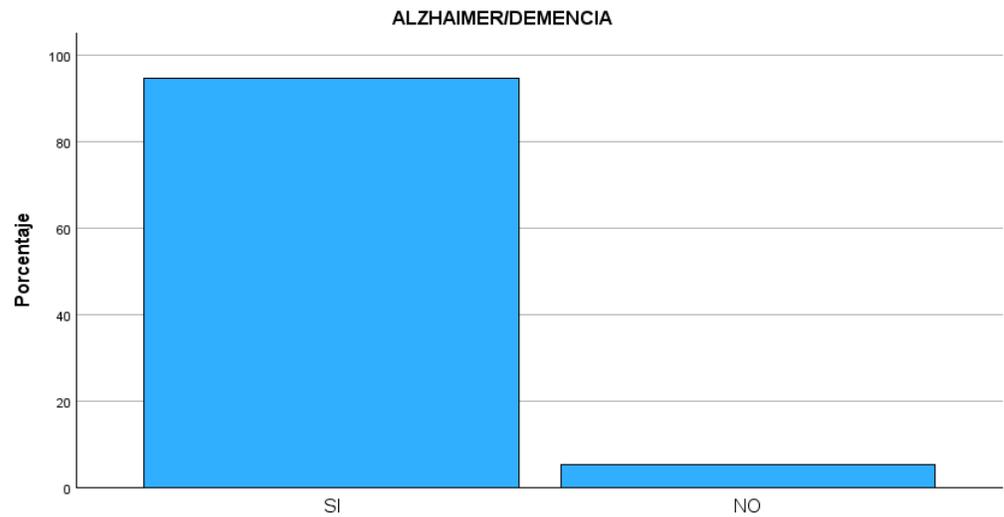


Gráfico 10. Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Alzheimer/demencia)

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el gráfico #10 se observa la distribución del porcentaje según sus exámenes patologías (Alzheimer/demencia). Un 94,7% presenta y un 5,3% no presenta.

Gráfico #11: Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Problemas cognitivos)

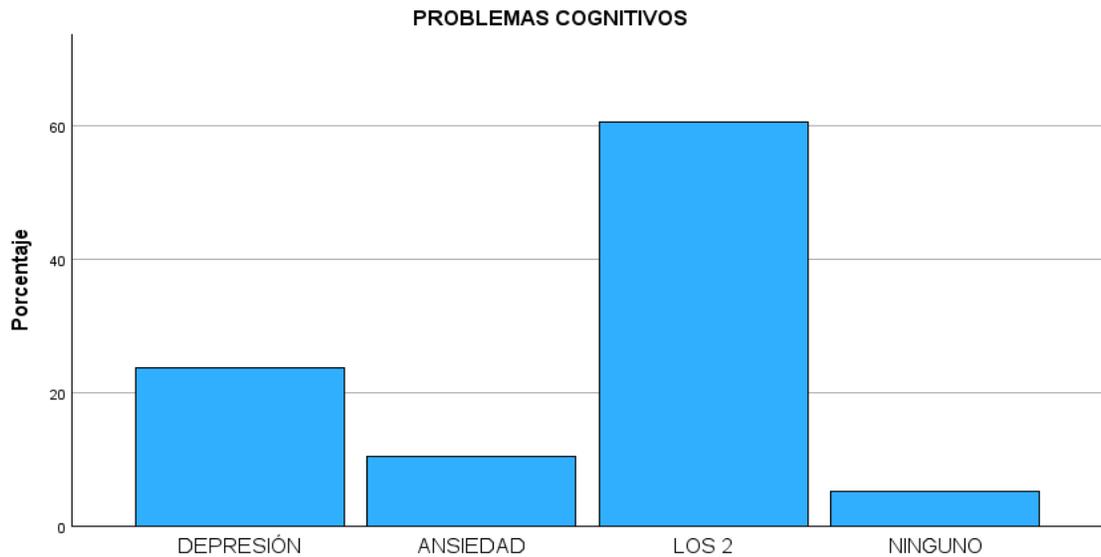


Gráfico 11. Distribución porcentual de la población de estudio según sus patologías (Problemas cognitivos)

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el gráfico #11 se observa la distribución del porcentaje según sus exámenes patologías (Problemas cognitivos). En depresión presenta un 23,7%, ansiedad presenta un 10,5%; un 60,5% presentan los 2 problemas y un 5,3% no presenta. Demuestra que casi el 100% presenta estas enfermedades degenerativas.

Gráfico #13: Distribución porcentual de la población de estudio según su Cribado nutricional (MNA)

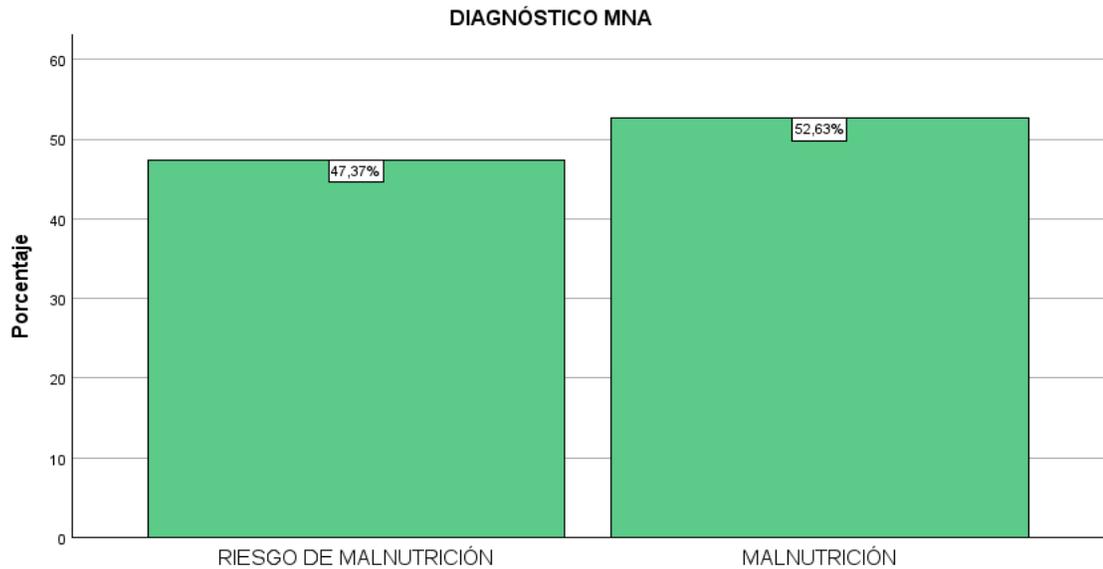


Gráfico 12. Distribución porcentual de la población de estudio según su Cribado nutricional (MNA)

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el Gráfico #13: Distribución porcentual de la población de estudio según su Cribado nutricional (MNA). Un 47,4% presenta riesgo de malnutrición y un 52,6% tiene malnutrición. Muestra el alto estado de malnutrición

Gráfico #14: Distribución porcentual de la población de estudio según su consumo de suplemento

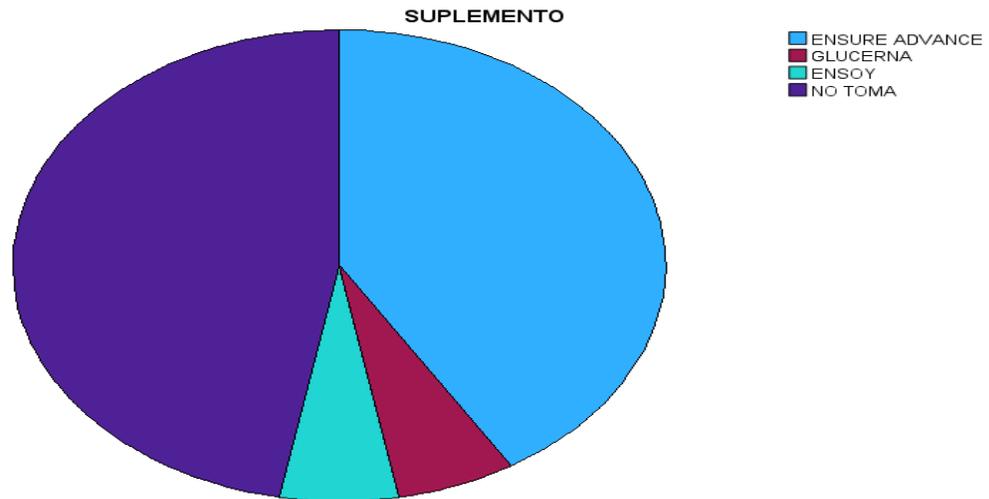


Gráfico 14. Distribución porcentual de la población de estudio según su consumo de suplemento.

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el Gráfico #14: Distribución porcentual de la población de estudio según su consumo de suplemento. Ensure advance con 41,2%; Glucerna 5,9%; Ensoy 5,9% y un 47,1 no consume. Se evidencia la falta de suplementación.

Gráfico #15: Distribución porcentual de la población de estudio según su IMC (mes noviembre)

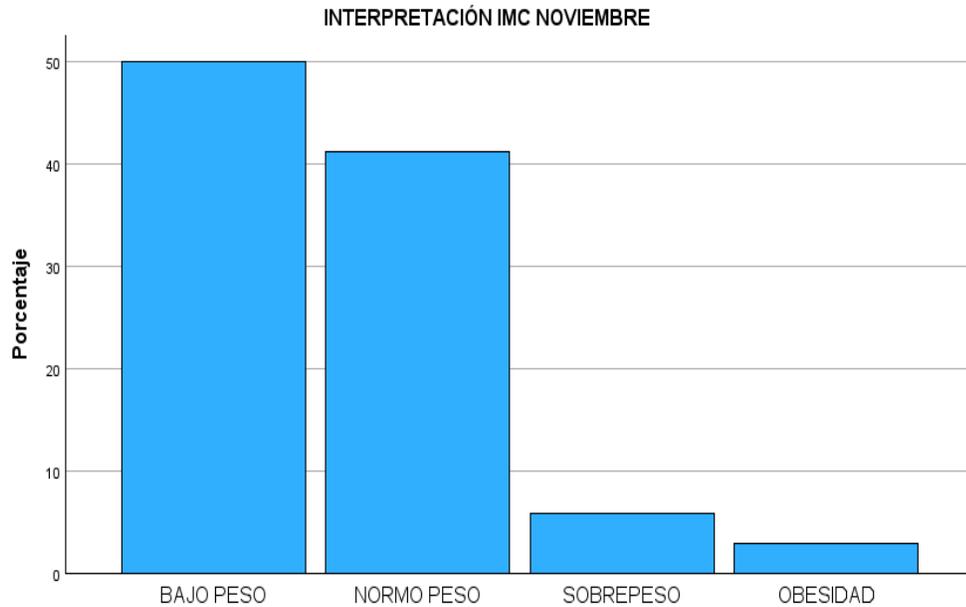


Gráfico 15. Distribución porcentual de la población de estudio según su IMC (mes noviembre).

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el Gráfico #15: Distribución porcentual de la población de estudio según su IMC de noviembre. Bajo peso presenta 50%, Normo peso un 41,2%; Sobrepeso 5,9% y Obesidad un 2,9%.

Gráfico #16: Distribución porcentual de la población de estudio según su IMC (mes febrero)

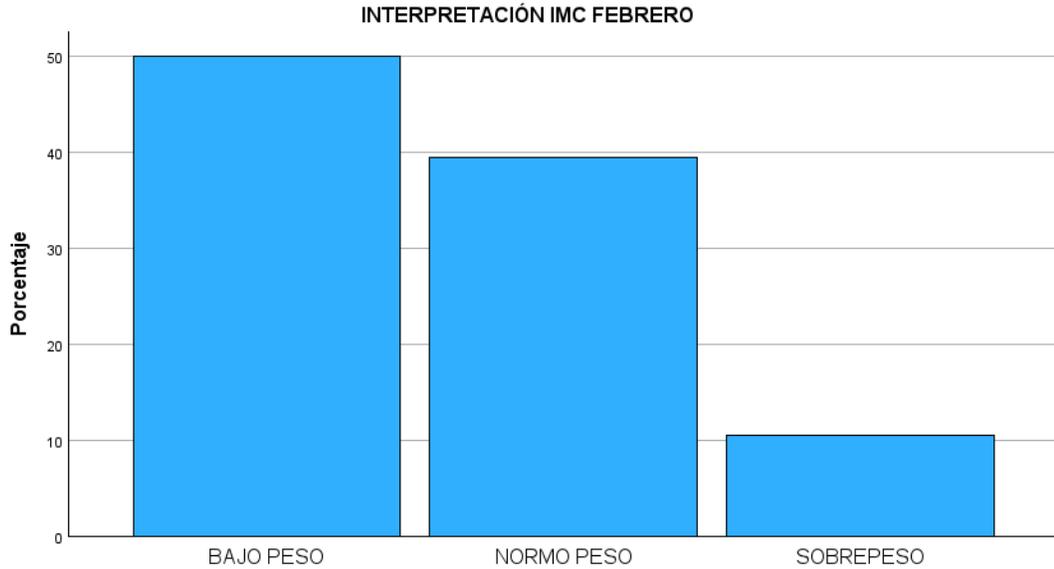


Gráfico 16. Distribución porcentual de la población de estudio según su IMC (mes febrero).

AUTOR: Gabriela Rodríguez, 2023

En el Gráfico #16: Distribución porcentual de la población de estudio según su IMC de noviembre. Bajo peso presenta 50%, Normo peso un 39,5% y Sobrepeso 10,5%.

9. CONCLUSIONES

- En base a los resultados de este estudio del asilo hogar esperanza Guayas #2, que se realizó por medio de las Historias clínicas, antropometría y cribado se determinó las siguientes conclusiones.
- La población de estudio de los 38 participantes se dividió en género femenino (57,89%) y masculino (42,11). Dando una mayoría de la población femenina.
- Por medio de la Historia clínica se determinó una presencia elevada de glucosa, triglicéridos, colesterol total, creatinina con valores elevados con una media de 126,97%.
- De igual forma presencia de patologías prominentes como la diabetes (28,8%) e hipertensión (89,5%), osteoporosis (39,5%) como enfermedades subyacentes a la patología principal.
- Se determinó que el Alzheimer (94,7%) y los problemas cognitivos (depresión y ansiedad, 60,5%). Son las enfermedades principales en los adultos mayores de hogar esperanza Guayas #2.
- Por medio del tamizaje nutricional (MNA) se determinó que un 47,4% de los participantes tiene alto riesgo de malnutrición y un 52,6% presenta malnutrición.
- Por medio de la historia clínica y recopilación de datos se determinó que su porcentaje de ingesta hídrica es bajo con un 55,25% de 3 a 4 vasos por día, en comparación con una micción de 44,7% y unas deposiciones (incluyendo diarreas) de 39,5% de 2 a 3 veces al día.
- Por medio de la frecuencia de alimentos se determinó que los cereales y derivados (55,26%); frutas (50%); verduras (55,26%); lácteos (60,53%) se consumen diariamente. Las carnes rojas y blanca (44,7%); leguminosas (31,5%); tubérculos (31,5%); Aceites (50,0%) se consume de 1 a 2 veces a la semana. Y un consumo de 42,1% de snacks y pastelería 1 vez a la semana. Sin consumo o casi sin consumo de pescado con un 34,2%.

- Por medio del registro de ficha e historia clínica se determinó que la dieta que más se consume es la dieta general (38,2%), dieta tipo puré y blanda gástrica un (17,6%); tipo puré y líquida amplia (17,6%) y la SNG siendo la menos consumida (2,9%).
- Por medio del registro de ficha e historia clínica se determinó que el suplemento que más se consume es Ensure advance con 41,2%; Glucerna 5,9%; Ensoy 5,9% y un 47,1 no consume. Por medio de la vía oral un 94,3%; y con SNG (2,9%).
- Por medio de la antropometría realizada con cintra métrica y un seguimiento mensual, se dieron los resultados de noviembre con bajo peso (50%); Diciembre con bajo y normo peso con (45,7%); enero con un normo peso (52,6%) y en febrero con bajo peso (50%). Lo que podemos ver que el peso fluctúa por los meses con festividades donde se consume más alimentos, pero el peso no es duradero y vuelven a bajar de peso.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la alimentación para estos pacientes debe ser enfocada en estimular sus sentidos organolépticos, buscando salud y placer más que buscar llegar a sus requerimientos calóricos y cumplimiento de marco y micronutrientes. La dieta debe ser variada, equilibrada, suficiente e inocua.
- La familia o la persona que lo ayude a comer debe tener mucha paciencia, dedicación y tiempo para dedicarse a darle de comer al paciente o simplemente ayudarlo mientras los ve comer, ya que algunos pueden comer por si solos y hacerlos sentirse autónomos.
- Todos los pacientes ya sean por su enfermedad o por su edad avanzada rechazarán determinados alimentos ya sea por su olor, sabor, cansancio y dificultad para tragar, por lo que se debe estimular visualmente.
- Es importante que los pacientes al menos consuman un 25% completo del plato total y pueden llegar hasta un 80%, en un conjunto del grupo alimenticio.
- La mayoría de las pacientes, van a presentar disfagia a sólidos, líquidos o mixta, que es muy común para su edad, lo que les hará dejar de comer o beber, por lo que deben buscar ayuda por medio de modificaciones con el empleo de espesantes, iniciando con texturas, néctar, miel y pudín ir progresivamente según la capacidad de aceptación del paciente.
- Es importante nunca obligarlos a comer ya que se pueden causarles gran malestar y ansiedad, náuseas, vómitos y diarreas. Haciendo que se sientan mal a momento de comer.
- Se debe conocer los alimentos preferidos y rechazados del paciente para ir variando a gusto con los alimentos.
- No se les debe prohibir ningún grupo de alimentos, si desean comer alguna “golosina” se le debe brindar con moderación manteniendo un control de signos y síntomas después de consumir dichos alimentos. Siempre tomar en consideración cuando tengan algún antojo de algún alimento en específico.

- Procurar mantener una higiene bucal limpia (para evitar alguna infección que impida el paso del alimento) e hidratada, tomar agua, aunque sea por cucharadas, no permitir que el paciente se deshidrate.
- Es importante que al momento de comer sea un punto en donde le brinde una sensación de bienestar, por ello se personaliza cada plato que va a ingerir por ello se prioriza una ingesta oral con estimulación, en caso de disfagia se necesita ir de la mano con la terapia nutricional
- Una alimentación tradicional es la mejor opción en pacientes con cuidados paliativos, con dietas de texturas modificadas como tipo puré, blandas por consistencia, trituras, desmechadas, neutropénicas, no consumo de alimentos completamente duro ni crudos.
- Se emplea una alimentación básica adaptada que son preparadas nutricionalmente adaptadas a las necesidades del paciente que son homogéneas y con elevado valor nutricional.
- Es importante que al momento de tomar en cuenta la elaboración de la dieta no se debe eliminar algún grupo de alimentos a pesar de que tenga alguna patología de base como diabetes o párkinson en donde no se elimina los carbohidratos sino se adaptan o se regularizan su consumo con la tabla glucémica de alimentos y el control de carbohidratos.
- Todos los pacientes en este estadio casi nunca van a llegar a cubrir sus requerimientos calóricos totales por lo que se usa el empleo de soporte nutricional, priorizar SNE ante SNP
- Emplear “nutrición artificial” con el uso de suplementos nutricionales (SNE), que se prescriben para ayudar a cubrir las necesidades que no se consume en los platos principales. Los suplementos no reemplazan una comida completa, por lo que se deben consumir entre comida o antes de dormir.
- Se usa suplementos que sean adecuados para cada paciente sobre todo hay algunos suplementos que son especializados para ciertas enfermedades como la glucerna (diabetes), ensoy (pérdida de masa muscular), vital 1,5 Kcal (pacientes quemados y con cáncer); nepro (para paciente en con pre o con

diálisis); plumocare (para pacientes con enfermedades pulmonares y falla respiratoria) etc.

- De la igual forma se considera la osmolaridad de cada fórmula polimérica (macro y micronutrientes completos) y las oliméricas (módulos específicos de algún macro o micronutriente). En el primer grupo pueden ser tomadas en cuenta Hipercalóricas e hiperproteicas (>20% y > 1,5 kcal/ml), y en el segundo grupo presentan mayor osmolaridad que son mejores empleadas vía yeyunal por medio de infusión continua.
- En el caso de la SNP, el uso de la vía parenteral debe ser seleccionada por vía UCI, de acuerdo con su instancia de larga, mediana y larga duración, sobre todo cuando se presenta en síndrome de intestino corto terminal. De igual forma no es una vía que para este tiempo de paciente sea una opción definitiva ya que es más empelada en pacientes que se encuentran entubados en UCI.

BIBLIOGRAFÍAS

- 1 Pastrana T, Lima LD, Sánchez-Cárdenas MA. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. En Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020. 2nd ed.: Houston, TX 77007, USA; 2020.
- 2 Paliativos SEdC. SECPAL. [Online].; 2020.. Disponible en: https://www.chospab.es/enfermeria/Documentos/Guia_cuidados_paliativos.pdf.
- 3 Santos ZTDL, Rodríguez FP, Corona T. Investigación sobre Cuidados Paliativos en México. Revisión Sistemática Exploratoria. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2018/rmn182h.pdf>.
- 4 Girbau Campo MB, Rodríguez M. Cuadernos de Bioética. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. 2016; 2(1132-1989).
- 5 Giovanna Muscogiuri1 2LB2MdlÁc. Revista clínica Nutricional y metabolismo. Recomendaciones nutricionales en cuidados paliativos para pacientes con enfermedades avanzadas y al final de la vida. 2021; 20.
- 6 (2) PMIdR(DAP. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia-de-CP.pdf>.
- 7 (NIA) INseE. National Institute on Aging (NIA), Home. [Online].; 2017.. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/son-cuidados-paliativos-cuidados-hospicio>.
- 8 Silvia Allende-Pérez a DAPC. Gaceta Mexicana de Oncología. www.elsevier.esGaceta Mexicana de Oncología. 2013;12(4):223-2281665-9201/\$ – ver portada © 2013gaceta mexiEvaluación del estado de nutrición en paciente con cáncer avanzado. 2020; 12(223-228).
- 9 Apolinar-JiMénez E, Tamayo CT. Revista Hospital Medicine and Clinical Management. ¿Estamos atendiendo de manera oportuna a los pacientes con

- enfermedad terminal? El papel de los cuidados paliativos y la nutrición. 2018; 13.
- 1 Silván ME. Cuidados de enfermería en el paciente paliativo. [Online]; 2020. Disponible en: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-17/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-paliativo/>.
- 1 Jeniffer Elizabeth Baque Hidalgo^{1*} MVM. Servicio de Cuidados Paliativos, SOLCA. [Online].; 2021.. Disponible en: <https://roesolca.ec/index.php/johs/article/view/449/428>.
- 1 Tobar-Freded R, Olivares-Matus C, Tapia-Saavedra S. Revista Chilena de Fonoaudiología. Fonoaudiología en cuidados paliativos para adultos y adultos mayores. 2021; 16(0719-4692).
- 1 Mariana Vallejo Martínez^{1*} JEBH. Alimentación y cuidados paliativos en el paciente oncológico terminal. [Online].; 2021.. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/274/406>.
- 1 Fernández-Roldán AdC. Nutrición Hospitalaria versión Online. Nutrición en el paciente terminal. Punto de vista ético. 2016; 20(1699-5198).
- .
- 1 Waitzberg DL, de Aguilar-Nascimento JE. Hospital and homecare malnutrition and nutritional therapy. Desnutrición y terapia nutricional en hospitales y en domicilios. 2019; 34(0212-1611).
- 1 Trigo DJAL, Álvarez DJRM. Buenas Guías de Nutrición Geriátrica. [Online].; 2022.. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Guia_Alimentacion_Nutricion_E_hidratacion.pdf.
- 1 Carlos A. Moreno-Camacho bJRMT. Sustainability Metrics for Real Case Applications of the Supply Chain Network Design Problem: A Systematic Literature Review. [Online].; 2016.. Disponible en: <https://pdf.sciencedirectassets.com/271750/1-s2.0-S0959652619X00189/1-s2.0-S0959652619318141/am.pdf?X-Amz-Security->

Token=IQoJb3JpZ2luX2VjElnwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIQCN2Ri0fvWy1nJ6%2FHuD%2F0fw38evY9CPINrzVxq64mz7gwlgFD8z7C265M.

1 Ecuador RDd. Ministerio de Salud y Protección Social. [Online].; 2021..
 8 Disponible en:
 . <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/dec reto-163-de-2021.pdf>.

1 Ecuador PDLRD. Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. [Online].; 9
 2019.. Disponible en: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-09/Documento_Ley-Organica-Del-Adulto-Mayor.pdf.

2 Quevedo KA. Corte Constitucional del Ecuador. [Online].; 2021.. Disponible
 0 en:
 . http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcNBl dGE6J3RyYW1pdGUUnLCB1dWlkOidiZGE2NDE0YS1jNDI1LTQzMGMtYWVvi Ni1jYjY0ODQ1YTQ2NWUucGRmJ30=.

2 Sebastián Candía a PC. Revista Española de Geriatria. Calidad de la
 1 alimentación de adultos mayores de Santiago de Chile. 2019; 54(147150).
 .

2 Folgueras TM, Gimeno CV. Nutrición Hospitalaria versión On-line. Proceso de
 2 alimentación hospitalaria. 2020; 36(0212-1611).
 .

2 Mesas Cervilla M. Universitat Oberta de Catalunya. [Online].; 2022.. Disponible
 3 en: <https://openaccess.uoc.edu/handle/10609/100027>.
 .

2 Torres F, Rojas A. Problemas del desarrollo versión online. Transformación del
 4 patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. 2018; 49(0301-7036).
 .

2 Corrêa MEM. Cuidados Paliativos: desafios e oportunidades. [Online]; 2021.
 5 Disponible en: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/148>.
 .

2 Paula Abrantes Ciccarelli¹ EBTM. Revista Bioética, versión online. Nutrición
6 enteral en ancianos con demencia en cuidados paliativo. 2018; 50(1983-
. 8034).

2 Artola EU. Nutrición y Soporte Nutricional. [Online].; 2020.. Disponible en:
7 file:///C:/Users/User/Desktop/Tesis/Articulos/Nutricion.Urdaneta.pdf.

.

2 Rivas Castro AC, Cárdenas R. Duazary. Calidad de vida del adulto mayor
8 inscrito en los Comedores del programa nacional del adulto mayor. 2023;
. 10(1794-5992).

2 Samuel Durán Agüero PC,RPM. Nutrición Hospitalaria, versión online.
9 Validación de contenido de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto
. Mayor. 2017; 34(0212-1611).

3 Nutrición. .A Casto,2018. Alimentación en cuidados palitivos,versión complete
0 online

.

3 Leticia de Albuquerque Araújo AJÁH. Nutrición Hospitalaria, versión online.
1 Determinantes de la satisfacción con la alimentación en adultos mayores
. chilenos. 2019; 36(0212-1611).

3 Florez D. Asesoría y asistencia técnica a los programas de alimentación en
2 pacientes de cuidados paliativos. [Online].; 2022.. Disponible en:
. <http://sired.udenar.edu.co/3036/>.

3 Vallejo-Martínez M, Hidalgo JEB. Nutrición y Cuidados Paliativos. [Online].;
3 2021.. Disponible en:
. <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/274>.

3 Yadira MS. Biblioteca las Casas. [Online].; 2017.. Disponible en:
4 [http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/04/Programa-educativo-
. de-atenci%C3%B3n-domiciliaria-en-CP-dirigidos-al-cuidador-informal-de-
enfermos-en-estado-terminal.pdf](http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/04/Programa-educativo-de-atenci%C3%B3n-domiciliaria-en-CP-dirigidos-al-cuidador-informal-de-enfermos-en-estado-terminal.pdf).

3 Río ANH, Vanegas MAB. Revista de la Facultad de Medicina. Cuidados
5 paliativos en Colombia: atención domiciliaria, barreras de acceso. 2022;
. 70(4.95147).

3 A. Valero Zanuy RÁN. Nutrición Hospitalaria, versión online. ¿Se considera la
6 hidratación y la nutrición artificial. 2016; 6(0212-1611).

3 Gil LFM. Nutrición y Cuidados Paliativos /. [Online].; 2021.. Disponible en:
7 <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametab>
. [olismo/article/view/212](https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/212).

3 Machuca Villamar FR. Sobrecarga del cuidador en pacientes en cuidados
8 paliativos. [Online].; 2022.. Disponible en:
. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/13819>.

3 Clara Patricia Guerra Naranjo GVMC. Cuidados paliativos aplicados desde el
9 diagnóstico de la enfermedad hasta el estadio final. [Online].; 2022.. Disponible
. en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8635254>.

4 Silva IFd, Santos RdS. VItalle. Cuidado nutricional de pacientes com câncer
0 em cuidados paliativos. 2022; 34(13092).

ANEXOS

ANEXO #1 MODELO DE HISTORIA CLÍNICA



HISTORIA CLÍNICA

FECHA:	
DATOS GENERALES:	
NOMBRE Y APELLIDOS:	EDAD:
TELÉFONO:	CL:
FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO:
ANTECEDENTES:	
PERSONALES DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> CANCER <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/>	
HABITOS ACTIVIDAD FISICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TABAQUISMO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OCUPACION ACTUAL.....	
QUIRURGICO APENDICITIS <input type="checkbox"/> CESAREA <input type="checkbox"/> OTROS.....	
FARMACOS QUE CONSUME:	
SIGNOS VITALES:	
PRESION ARTERIAL:	
FRECUENCIA CARDIACA:	
TEMPERATURA:	
RESPIRACION:	
SATURACION DE OXIGENO:	



EXAMEN FÍSICO

AREA EVALUAR	OBSERVACION	INTERPRETACION
CABELLO	Seco y fino Quebradizo Huecos capilares	
CARA	Ojeras Lineas de expresión Manchas en la piel Granos Ictericia	
CAVIDAD BOCAL	Uso de prótesis dentales Caries Laceraciones bucales Boca seca Dicauusia	
ABDOMEN	Distendido Presencia de dolor Ulceras Hernia	
MIEMBROS INFERIORES Y SUPRIORES	Amputaciones Cicatrices Edemas	
MANOS/UNAS		
PIEL	Flacidez Seca	

LABORATORIOS

BIOQUIMICO	VALOR ACTUAL	INTERPRETACION
UREA		
CREATININA		
GLUCOSA		
POTASIO (K)		
FOSFORO (P)		
ALBUMINA		
COLESTEROL		
TRIGLICERIDOS		

MODELO #2 DE HISTORIA CLÍNICA (HOGAR ESPERANZA)

Historia Clínica N°: D20.1532651

APELLIDOS: ORTEGA.

NOMBRES: DORA LUCIA

Lugar y Fecha de Nacimiento: CUENCA, 14-12-1957.

Edad: 64 años. Sexo: femenino.

Estado Civil: Soltera

Fecha de Valoración: 11-11-2022. ANDRÉS ORTEGA - CELULAR 0999753349

Motivo de Ingreso:
ELLA TIENE ALZHEIMER AVANZADO.

ANEXO #2 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTO



CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO

Código/Historia Clínica:

¿Con qué frecuencia consume cereales y derivados (yuca, verde, camote, trigo, arroz, cebada, arroz, maíz, fideo, papa, maduro)?

- Consumo diario
- 3 o más veces a la semana, pero no diario
- 1 o 2 veces a la semana
- Menos de 1 vez a la semana
- Nunca o casi nunca

¿Con qué frecuencia consume verduras y hortalizas (zanahoria amarilla, cebolla, lechuga, col, tomate, pimiento verde)?

- Consumo diario
- 3 o más veces a la semana, pero no diario
- 1 o 2 veces a la semana
- Menos de 1 vez a la semana
- Nunca o casi nunca

¿Con qué frecuencia consume Frutas (naranja, papaya, guayaba, maracuyá, naranjilla, guineo, toronja, mango, zapote, chirimoya, manzana, pera, guabas)?

- Consumo diario
- 3 o más veces a la semana, pero no diario
- 1 o 2 veces a la semana
- Menos de 1 vez a la semana
- Nunca o casi nunca

¿Con qué frecuencia consume leche y derivados (leche, queso, yogurt)?

- Consumo diario
- 3 o más veces a la semana, pero no diario
- 1 o 2 veces a la semana
- Menos de 1 vez a la semana
- Nunca o casi nunca

¿Con qué frecuencia consume carnes (res, cerdo, vísceras, pollo, pescado, cuy)?

- 1 o 2 veces a la semana
- 3 o más veces a la semana, pero no diario
- Menos de 1 vez a la semana
- Consumo diario
- Nunca o casi nunca

¿Con qué frecuencia consume legumbres o leguminosas (lentejas, habas, fréjol, arveja, garbanzo)?

- 1 o 2 veces a la semana
- 3 o más veces a la semana, pero no diario
- Menos de 1 vez a la semana
- Consumo diario
- Nunca o casi nunca

¿Con qué frecuencia consume grasas (aceite de maíz, aceite de soya, aceite de palma, aceite de girasol, manteca de cerdo/chancho)?

- Nunca o casi nunca
- Menos de 1 vez a la semana
- 1 o 2 veces a la semana
- 3 o más veces a la semana, pero no diario
- Consumo diario

ANEXO #3 TABULACIÓN DEL IMC

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1											
2											
3	PACIENTE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	INTERPRETACIÓN	ENERO	INTERPRETACIÓN	FEBRERO	INTERPRETACIÓN		IMC	
4	ACOSTA MARTINEZ PATRICIA LUCIA	17.33	18.22	0	18.67	0	20.00	0		<=23	BAJO PESO
5	ANDRADE SOTO	22.8	20.96	0	20.58	0	19.05	0		>23 / <28	NORMO PESO
6	FIDELINA DEL CARMEN ASAZA LUZ AMERICA	22.72	23.53	0	23.94	1	24.75	1		>28 / <32	SOBREPESO
7	BADILLO ESPINOZA	22.99	24.39	0	24.86	1	22.52	0		> 32	OBESIDAD
8	EMMA HAYDEE BAREK ADUM MATILDE	20.13	22.07	0	23.81	1	22.31	0			
9	BARZALLO NAVARRETE	18.86	20.6	0	21.93	0	21.49	0			
10	ADRIANA ESMERALDA BENEDETI ROLDOS	25.57	24.7	1	24.88	1	24.88	1			
11	GLORIA MARÍA BOLAÑOS VENEGAS	24.46	26.0	1	25.56	1	27.18	1			
12	FEDERICO EDGAR CAMPUSANO VERA LOEL	30.80	28.4	2	25.26	2	24.22	1			
13	OCTAVIO CAPUTI CAMPODONICO	25.01	25.0	1	24.68	1	25.69	1			
14	GUIDO SANTIAGO CASTAGNETO ACEVEDO	20.96	19.8	0	19.81	0	18.29	0			
15	NORMA MARÍA CORNEJO HAZ ALICIA	25.81	24.1	1	23.73	1	24.14	1			
16	ANTONIA CUENCA BRAVO JESUS	18.73	19.1	0	20.81	0	22.48	0			
17	MARÍA DAVID GARCIA BRAULIO	25.78	26.2	1	26.89	1	25.78	1			
17	MILTON										

ANEXO #4 TABULACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z					
	BASE DE DATOS															FRECUENCIA DE ALIMENTOS										BIOQUIMICA					
1	DATOS GENERALES															ANTECEDENTE QUIRURGICO										ANTECEDENTE ALIMENTICIO		HABITO INTESTINAL		SIGUIDOS V	
2	FICA	NOMBRE Y APE	EDAD	GENERO	ESTADO	CI	INSTRUCC	PROCEDE	HTA	DIABETES	OSTEOPOROSI	ALZHEIMER	PAR	DEPRESION	DAÑO	OPERACIÓN	APETITO	INGEST	DEBILITEST	INMEDI	DIARREA	VÓMITO	GASES AD	SACIED	ÓN	ENICIA	ERAT				
3	CDON										ARTROSIS	TONSON	ANSIEDAD	CÁNCER	PROBAB	FISICA															
3	1	ACOSTA MARINEZ	78	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	120080	78 X	38.8				
4	2	ANDRAGA SOTO FELICIA	78	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	0	1	1	1	1	122080	78 X	38				
5	3	ASAZA LIZ AMERICA	90	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	1	1	1	0	0	120070	86 X	38				
6	4	BRILLO ESPINOZA	95	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	120080	85 X	38.2			
7	5	BARCELADOMI MARTINEZ	93	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	0	0	0	0	128080	82 X	38.8				
8	6	BARZALLO NAVARRETE ADRIANA	93	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	120060	85 X					
9	7	BENDETI FOLIOS	90	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	1	0	1	1	0	0	89070	81 X	38			
10	8	BOLANOS VENEGAS	71	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	100070	71 X	38			
11	9	CAMPUSANO VERA JUEL	75	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	1	1	1	120080	85 X	38.6			
12	10	CAPOTTI CAMPODOMIC OGUJO	88	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0	1	1	1	1	190070	77 X	38.8			
13	11	CASTAGNETO ACEVEDO INDRINA MARIA	92	1	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	0	120070	86 X	38			
14	12	CORNILIO HAZ ALICIA	77	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	1	0	1	100080	82 X	38.1			
15	13	CUENCA BRAVO JESUS	81	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	1	0	0	120080	80 X	38			
16	14	DAVID GARCIA BRAULIO	81	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	100080	81 X	38			
17	15	DROUET JIMENEZ																													

ANEXO #5 TABULACIÓN Y MODELOS DEL MNA

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
K Consume el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>
P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>

ANEXO #6 CARTA DE SOLICITUD PARA EL TRABAJO DE TITULACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



CARRERAS:
Medicina
Enfermería
Odontología
Nutrición y Dietética
Fisioterapia



FAX: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec

FCM-NDE-190-2022

Guayaquil, 25 de octubre del 2022

Señor
Octavio Quintero Loo.
Gerente General
Villa Hogar Esperanza N° 2 Guayas
En su despacho.

De mis consideraciones.

Por medio de la presente, solicito formalmente a Usted conceda la autorización correspondiente para que la Srta. **RODRIGUEZ BENAVIDES GABRIELA BELEN**, portadora de la cédula de identidad # **0932011240**, egresada de la Carrera de Nutrición y Dietética, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, realice el proyecto de Investigación con el tema:

"TERAPIA Y APOYO NUTRICIONAL DE LA TERCERA EDAD CON CUIDADOS PALIATIVOS."

El trabajo de titulación se llevará a cabo desde el mes de noviembre del 2022 hasta el mes de febrero del 2023, los días sábados y domingos en horarios de 08h00 a 14h00.

Este trabajo es un requerimiento fundamental para optar por el Título como Licenciada en Nutrición, y Dietética.

En espera de tener una respuesta favorable, anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente,

Dra. Rosa Bulgarrin Sánchez
Directora (e)
Carrera Nutrición y Dietética

ANEXO #7 CARTA DE FINALIZACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN



EL HOGAR LA ESPERANZA N°2 GUAYAS

Guayaquil, 27 de Febrero del 2023

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente, EL HOGAR LA ESPERANZA N° 2 "GUAYAS" con el RUC N° 0968576830001 certifica, que la señorita **GABRIELA BELÉN RODRÍGUEZ BENAVIDES**, portador de la Cédula de Identidad N° 0932011240, prestó sus servicios pre - profesionales como pasante en el departamento de nutrición, en este Centro Gerontológico, en el área de Bienestar Social, desde el mes de Noviembre del 2022 hasta Febrero del 2023.

El presente certificado no representa compromiso alguno, ni relación laboral en relación de dependencia.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad, pudiendo hacer uso del presente certificado, el interesado, como a bien tuviere conveniente a sus intereses personales.

Atentamente

Camila Egas Cornejo
Lcda. Dietética y Nutrición
C.I: 0932316771
Reg. No. 1006-2022-2498972

ANEXO #8 CARTA DE HONORABILIDAD TRAS EL TRABAJO DE TITULACIÓN

Guayaquil, 27 de Febrero del 2023

CERTIFICADO DE HONORABILIDAD

A quien corresponda:

A petición verbal de la parte interesada, en debida y legal forma, yo **Camila Nicole Egas Cornejo**, con cédula de ciudadanía número **0932316771** certifico que conozco al Srta. **Gabriela Belén Rodríguez Benavides**, con cédula de ciudadanía número **0932011240**, ha brindado desde hace un tiempo por sus prácticas pre profesionales y para tesis ha demostrado responsabilidad, amabilidad, respeto, dedicación y una conducta intachable, valores que le hacen merecedor del aprecio y consideración de quienes tenemos la oportunidad de tratarla.

Es todo cuanto certificar en honor a la verdad, facultando al interesado a hacer uso del presente en lo que creyese conveniente dentro de los límites legales.

Atentamente,



Camila Nicole Egas Cornejo
Lda. Dietética y Nutrición
C.I: **0932316771**
Reg. No. 1406-2022-2494872

Camila Nicole Egas Cornejo
Licenciada en Dietética y Nutrición
El Hogar La Esperanza N° 2 "Guayas"
Tlf: 0999907277

ANEXO #9 EVIDENCIA FOTOGRÁFICAS

Charla Nutricional





**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rodríguez Benavides Gabriela Belén**, con C.C: # 0932011240 autora del trabajo de titulación: **Valoración del Estado Nutricional en el adulto mayor con enfermedades catastróficas que reciben cuidados paliativos en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2 entre noviembre del 2022 y febrero del 2023**, previo a la obtención del título de **LICENCIATURA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 5 de **septiembre** del **2023**

f. _____

Nombre: **Rodríguez Benavides Gabriela Belén**

C.C: **0932011240**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Valoración del Estado Nutricional en el adulto mayor con enfermedades catastróficas que reciben cuidados paliativos en el asilo Hogar Esperanza Guayas #2 entre noviembre del 2022 y febrero del 2023.		
AUTOR(ES)	Gabriela Belén Rodríguez Benavides		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Leticia Geovanna Páez Galarza		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Nutrición Y Dietética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciatura de Nutrición y Dietética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	97
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición Geriátrica, Nutrición en cuidados Paliativos, Calidad de vida		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adulto mayor, cuidados paliativos, calidad de vida, enfermedades catastróficas, tamizaje nutricional, alimentación geriátrica.		

RESUMEN:

Introducción: Los cuidados paliativos en el adulto mayor brindan servicios de salud integral que cubren las necesidades y preferencias individuales, por medio de cuidados y atenciones multidisciplinaria que buscan una calidad de atención a los enfermos en conjunto familiar, tratando de aliviar el sufrimiento en todas las etapas del tratamiento, por medio de evaluaciones, monitoreos y controles físicos, nutricionales y emocionales. Dándonos un enfoque de la calidad de vida, donde más que tratar de llegar a los requerimientos nutricionales del paciente, es brindar placer, brindar comodidad a la hora de comer.

Metodología: Se realizó por medio de Historia clínica, tamizaje, antropometría y el uso de IBM SPSS STATISTICS, dándonos como resultado la relación entre la alimentación con respecto a las alteraciones bioquímicas y las fluctuaciones de peso en cada mes.

Conclusión Nos demuestra que la nutrición es parte fundamental en el alivio y la comodidad del paciente en cuidados paliativos, siendo uno de los pilares fundamentales para su calidad de vida.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 992177155	E-mail: gabyrodri2721@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Carlos Luis Poveda Loor	
	Teléfono: +593-4- 0993592177	
	E-mail: Carlos.poveda@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	