



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA PALEATIVA

CUIDADOS PALIATIVOS

6to SEMESTRE MEDICINA HUMANA

YANNICK HARPER NARCIA

DR. SAMUEL ESAÚ FONSECA FIERRO

FECHA DE ENTREGA: 28 DE ABRIL DEL 2023

Los cuidados paliativos pueden aliviar los problemas físicos, psicosociales y emocionales que experimentan más del 90 % de los pacientes con cáncer terminal. El equipo médico que trata a los enfermos terminales debe incluir dentro de sus responsabilidades la gestión de las situaciones de duelo.

La mayoría de los adultos necesitados tienen enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares (38,5 %), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3 %), SIDA (5,7 %) y diabetes (4,6 %). Muchas otras condiciones pueden requerir cuidados paliativos; tales como insuficiencia renal, enfermedad hepática crónica, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedad neurológica, demencia, defectos de nacimiento y tuberculosis resistente a los medicamentos.

Los niños tienen poco acceso a los cuidados paliativos. Su dolor a menudo no se alivia por completo con la misma frecuencia que en los adultos. El 98 % de los niños que necesitan cuidados paliativos viven en países de ingresos bajos y medios, casi la mitad de ellos en África.

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y graves que experimentan los pacientes que requieren cuidados paliativos. Los analgésicos opioides son esenciales para el tratamiento del dolor asociado con muchas enfermedades progresivas. Por ejemplo, el 80 % de los pacientes con SIDA o cáncer y el 67 % de los pacientes con enfermedad cardiovascular o enfermedad pulmonar obstructiva experimentarán dolor de moderado a intenso al final de la vida. Los opioides también pueden aliviar otros síntomas físicos dolorosos, como la dificultad para respirar y la tos.

En secuencia, el manejo debe ser:

1. Con fines curativos
2. Apoyo sintomático
3. Cuidados paliativos
4. Paciente cercano a la muerte
5. Dolor extremo
6. Afrontamiento del dolor

También es importante que el paciente libere necesidades emocionales como la necesidad

de ser reconocido como persona. Estar enfermo es una amenaza que invade tu conciencia sin tu consentimiento.

Necesitas releer tu vida. Padecer una grave enfermedad terminal pone al paciente al borde de la muerte, lo pone también ante su propia vida, y casi siempre implica una ruptura biográfica.

La necesidad de encontrar sentido al ser y al devenir: la búsqueda de sentido. Se considera que la muerte cercana es la última crisis existencial del hombre.

Necesidad de liberarse de la culpa y perdonarse a sí mismo. A veces los pacientes analizan sus vidas pasadas y esto crea mucha culpa, que no debe dramatizarse pero tampoco banalizarse.

Necesita reconciliación, necesita perdón. Según Thieffrey (1992), todo ser humano lleva dentro de sí los gestos de odio, abstinencia y retraimiento.

Necesidad de establecer la propia vida aparte de uno mismo. Según Thieffrey (1992), esta necesidad se manifiesta de dos formas: la apertura a la trascendencia (moral y religiosa) y la necesidad de redescubrir el sentido de la solidaridad.

La necesidad de continuidad, para el más allá. La necesidad de sentido no es solo mirar hacia atrás, sino también mirar hacia adelante.

Necesitada de verdaderas esperanzas, no de vanas fantasías. En relación al tiempo, la esperanza nace muchas veces de las experiencias positivas creadas en la vida, aún en medio del sufrimiento.

objetivos específicos del modelo de cuidados paliativos

La implantación del modelo óptimo de cuidados paliativos en los entornos sanitarios tendrá como objetivos mínimos los siguientes: tres niveles asistenciales y otras disciplinas afines.

2. Promover la atención integral a los pacientes y sus familias, desde una perspectiva que incluya los aspectos físicos, psicológicos, familiares, espirituales y sociales.

3. Garantizar el acceso, la disponibilidad, la prescripción, la administración, la distribución y la reducción de riesgos de los opioides en todos los niveles de atención para los pacientes que necesitan controlar el dolor y los síntomas y otras molestias.

4. Mejorar la continuidad de la atención y la puntualidad fomentando redes integradas de cuidados paliativos basadas en la complejidad, adaptadas a las necesidades clínicas y preferencias de los pacientes y sus familias.

5. Promoción de la atención domiciliaria.

6. Integración de la gestión de la salud mental y los servicios espirituales en los enfoques médicos y psicosociales.

7. Promover la formación y actualización continua de los recursos humanos en el campo de los cuidados paliativos.

8. Integrar la investigación en el campo y difundirla.

9. Promover el desarrollo e implementación de estándares de atención adecuados en cuidados paliativos que permitan la creación de métricas para el seguimiento, procesos de calidad y resultados en cuidados paliativos con fines de evaluación y verificación.

funciones de los equipos de cuidados paliativos

La intervención de los equipos especializados específicos debe basarse en principios de calidad (efectividad y eficiencia), ética médica y trato humanitario. Prioritariamente deben enfocarse a la atención paliativa de los casos de mediana y alta complejidad y proporcionar asesoría para el control y seguimiento de los pacientes paliativos en el primer nivel de atención.

El modelo de atención paliativa debe proporcionar opioides de manera segura y garantizar que el suministro esté disponible de forma continua y constante sin distinciones. Esta función y dispensación es de parte de los profesionales de la salud

capacitados y deben estar accesibles a los pacientes para satisfacer sus necesidades, siguiendo los principios del equilibrio a través de regulaciones, políticas y recomendaciones vigentes a nivel nacional.

Funciones Generales

1. Proporcionar atención hospitalaria y domiciliaria acorde a la organización institucional.
2. Proporcionar soporte psicológico, información y comunicación al paciente y cuidadores.
3. Establecer una red de servicios y garantizar la continuidad de atención, evaluación, diagnóstico y elaboración del plan de atención paliativa.
4. Participar en la integración de un Registro Nominal de pacientes incluidos en la red de servicios de atención paliativa a nivel nacional.
5. Llevar a cabo una valoración y abordaje continuado de los síntomas, que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas.
6. Prevenir, informar y abordar situaciones de urgencias paliativas.
7. Prevenir y abordar la claudicación emocional de la familia.
8. Atender el proceso de agonía, muerte y duelo.
9. Capacitar a la familia o al cuidador en el manejo del paciente.
10. Educación médica continua.

El objetivo del manejo de síntomas debe ser brindar el máximo alivio y mejorar, en la medida de lo posible, la calidad de vida. En todas las ocasiones es preciso buscar alguna acción o tratamiento que brinde al menos un alivio parcial, nunca se debe considerar que no hay nada más que hacer. El éxito en el control de síntomas se basa en una correcta evaluación, un adecuado manejo terapéutico y una reevaluación y monitoreo continuo de los mismos.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia a un daño a los tejidos, real, potencial o descrito en términos de dicho daño.

El objetivo primario del tratamiento del dolor es el control, ya que disminuye la actividad física, el apetito, el sueño, la pérdida del control en sí mismos y la pérdida de la calidad de vida.

tipos de dolor

Dolor no relacionado con cáncer

Se define como el que dura al menos de tres a seis meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente.

Dolor relacionado a cáncer

El dolor es una de las consecuencias del cáncer más temidas por los pacientes y sus familiares.

Dolor no oncológico

Este se puede agrupar en las siguientes categorías:

Dolor de origen primariamente neuropático: neuropatías periféricas (mono y polineuropatías) y otras distrofias simpáticas reflejas. Dolor de origen

musculoesquelético: artritis y periartritis, síndromes miofaciales, síndromes de dolor lumbar.

Otros orígenes: vascular, cutáneo, entre otros.

Dolor oncológico

Puede presentarse por causas mecánicas: crecimiento tumoral o por enfermedad metastásica: hueso, vísceras, nervios, vasos y partes blandas (78%).

Por efectos del tratamiento (19%):

Secuelas de la radioterapia: osteorradionecrosis, plexopatías, mielopatía, mucositis y enteritis.

Cirugía: dolor de miembro fantasma, dolor postoperatorio, etc. Quimioterapia: mucositis, neuropatía periférica, necrosis ósea aséptica, herpes zóster.

Por otras causas relacionadas (3-10%):

síndromes paraneoplásicos,

fracturas por osteoporosis,

debilidad,

espasmo muscular,

síndromes miofaciales,

lesiones cutáneas inducidas por presión,

osteoporosis,

aplastamiento vertebral,

artritis.