

→ 16/05/23

MORFINA

Diana Paola Vazquez Sanyau
6to Semestre
Medicina Paliativa
~~16/05/22~~

Opiode derivado de la amapola o adormidera.
Es representante del grupo de los agonistas totales.

> Farmacodinamia

Sus acciones se realizan en el sistema nervioso, tanto central como periférico. Tiene afinidad por los receptores μ , κ y δ . Su acción analgésica depende de manera esencial de la activación de los receptores μ .

> Farmacocinética

Es administrada por las vías oral, rectal y parenteral. La biodisponibilidad por vía oral es limitada por su metabolismo de primer paso. Su vida media es de 2 a 4 hrs, la duración de su acción es de 3 a 6 hrs. Se une poco a las proteínas plasmáticas, atraviesa las barreras hematoencefálicas y placentaria. Es metabolizada en el hígado y eliminada a través de la orina, bilis, saliva, sudor y leche materna.

> Indicación, dosis y presentación

Se emplea de forma extensa para el alivio del dolor de grado moderado a intenso, incluyendo dolores postoperatorios, de enfermedades terminales y visceral de traumatismos, quemaduras, cáncer e IAM.

También se utiliza en el edema pulmonar cardiogénico ya que sus efectos vasodilatadores reducen la presión.

La dosis por VO \rightarrow 30 a 60 mg / 12 hrs, por vía subcutánea o IM \rightarrow 4 a 15 mg / 4 hrs y en la vía IV \rightarrow 4 a 15 mg diluido en 4 a 5 ml de agua y se administra lentamente durante 4 a 5 mins. por vía epidural a través de catéter epidural se administran 5 mg / Cada 24 hrs.

En caso de dolor relacionado a IAM se administran 8 a 15 mg. La morfina se presenta en tabletas de 15, 30, 60, 100 y 200 mg, ampollitas de 10 mg y supositorios de 30, 60 y 100 mg.

> Reacciones adversas

Los pacientes pueden presentar después de su administración son náuseas, vómito, somnolencia, hipotensión ortostática, taquicardia, estreñimiento, confusión, temblor, nerviosismo, anorexia, cefalea, visión borrosa o diplopía, espasmo biliar, uretral, depresión respiratoria, erupción cutánea, broncoespasmo o laringoespasmo alérgico, alucinaciones, depresión mental, rigidez muscular y dificultad para dormir.

> Intoxicación por morfina

Los efectos se pueden presentar después de 120 mg VO y de 30 mg por VP. La intoxicación se realiza y caracteriza en: coma, pupilas puntiformes y depresión respiratoria.

Contraindicaciones

Esta contraindicada en caso de hipersensibilidad, depresión respiratoria, ataque agudo de asma, edema pulmonar, traumatismo o lesión craneoencefálica, hipertensión intracraneal, estados convulsivos, insuficiencias hepática y renal, síndrome de abdomen agudo, arritmias cardíacas, pancreatitis, cólico biliar, farmacodependencia y durante la lactancia.

Dana Paola Varquez ~~Jamayo~~ 6to
~~Medicina Paliativa~~
01/06/2023

Definición de duelo — Proceso de adaptación emocional ante la pérdida importante: ser querido, objeto, empleo, situación, etc.

Dimensiones que afectan el duelo: Física, emocional, cognitiva, conductual social y espiritual.

Etapa del duelo. 1) Negación — No querer ver la realidad
2) Ira — Surge el enojo por culpar algo o alguien — Injusticia
3) Negociación — Esperanza de experiencias diferentes
4) Depresión — Conciencia de pérdida, 5) Aceptación — Reflexión

Tipos de duelo: Duelo complicado, duelo bloqueado y duelo patológico, crónico, retardado

2 Manifestaciones fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas del duelo.

Fisiológicas — Trastornos de sueño y alimentación
→ Ansiedad, fatiga

Conductuales — Aislamiento social y apatía.

Afectiva — Tristeza, ira, enojo, frustración, angustia

Cognitivas — Confusión, alucinaciones, incredulidad.

~~HS~~

Evaluación y pronóstico

La importancia de identificar el pronóstico de supervivencia en pacientes paliativos es establecer medidas terapéuticas farmacológicas y cuidados paliativos individualizando el estado de salud del paciente.

La exactitud en la predicción del pronóstico es necesario en el seguimiento y tratamiento del pacientes terminales por razones clínicas, organizativas, de recursos y éticas, especialmente para impedir la utilización de terapias inadecuadas en estos pacientes y planificar su cuidados.

La precisión del pronóstico y el modo de comunicarlo al paciente van a influenciar en el ejercicio de autonomía y la toma de decisiones importantes.

Los pacientes que hablan abiertamente de sus pronósticos tienen unas expectativas más realistas, requieren con menor frecuencia métodos diagnósticos invasivos o terapias agresivas y se centran más en la calidad de vida. Las barreras que se presentan en la comunicación es la relación médico-paciente, fatiga y la duda sobre el seguimiento moral sobre un seguimiento ético de acercado a la situación.

Para realizar o decidir un pronóstico más acertado, se deberán analizar algunos parámetros en conjunto como los estadios de la enfermedad, medidas biológicas, capacidad funcional, estado psicológico y el cuadro clínico del paciente.

Entre los diferentes instrumentos en la evaluación del pronóstico se encuentran: la impresión clínica subjetiva, el estado funcional, signos y síntomas, algunas pruebas de laboratorio y recientes escalas multidimensionales se muestran como las referencias fiables.

El moderno concepto de =trayectoria de la muerte= hace más fácil de conceptualizar la predicción de supervivencia en enfermedades terminales.

La trayectoria típica del cáncer opende un declinar gradual en el estado de salud durante un período de tiempo.

La oportunidad para el área de paliativa es identificar cuando ocurre la aceleración en el declinar irreversible, más que en acontecimientos agudos y reversibles.

En la impresión clínica debe hacer énfasis a un carácter multidisciplinario y/o interconsultante y una experiencia médica para exactitud pronóstica.

Un buen pronóstico de la esperanza de vida facilitará la toma de decisiones tanto para el médico, sanitarios, paciente y su familia. La impresión clínica subestima la supervivencia. El estado funcional nos orienta a buscar el deterioro funcional - disminución de supervivencia, esto a través de realizar un método el índice de Karnofsky el cual nos demuestra la capacidad funcional y autonomía del paciente, máxima independencia 100, defunción 0

Índice de Karnofsky

Vida normal sin cuidados especiales (80-100)

Incapacidad laboral / con capacidad de autocuidado (50-70)

Incapacidad para el autocuidado (0-40).

Puntuación de pronóstico paliativo. (PAP) de utiliza la puntuación de rendimiento de Karnofsky y otros 5 criterios. Genera una puntuación numérica de 0 a 17.5, las puntuaciones más altas predicen una supervivencia más corta.

Trayectorias de muerte

Muerte súbita

Muerte x enfermedad no oncológica

Muerte por cáncer

Muerte por demencia.