



Nombre del alumno: Jasson Yael López Ordoñez

Nombre del profesor: Dr. Agenor Abarca Espinosa

Nombre del trabajo: Resumen - Introducción a los Cuidados Paliativos

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Medicina Paliativa

Grado: 6to

Grupo: A

Comitán de Domínguez, Chiapas a 12 de
marzo del 2024.

INTRODUCCIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

DEFINICIÓN

Son los cuidados medios para aquellos enfermos que no tienen cura y que pronto llevara a la muerte al paciente o que son crónico-degenerativos.

DEFINICION OMS

Es el cuidado activo e integral del paciente cuya enfermedad no responde a las terapéuticas curativas.

ANTECEDENTES HISTORICOS

1842 - primer uso de la palabra Hospicie (cuidados de pacientes moribundos).

1899 - Fundación del Calvary Hospital por Anne B.S.

1961 - Cicely Sounders fue la pionera de los cuidados paliativos.

1969 - Elizabeth C. Ross, psiquiatra, da fundamento a los 5 estados psicológico del paciente moribundo. (negación, ira, negociación, aceptación).

80´ s - Se adoptó el termino cuidados paliativos por la OMS.

1990 - En México se reconoce formalmente los cuidados paliativos como tema de salud pública y de política oficial para el alivio del dolor por cáncer.

9 de diciembre del 2014 - Se publicó la NOM - 011- SSA3 - 2014. Criterios para la atención de los enfermos en situación terminal a través de los cuidados paliativos.

ESTRATEGIAS OMS Y OPS

- Desarrollo de políticas de salud apropiadas en todos los niveles de atención de la estructura de salud.
- Disponibilidad de medicamentos (especialmente narcóticos).
- Educación y capacitación para trabajadores de la salud asi como el público en general

- Gestión integral en todos los niveles de atención para los cuidados paliativos.

ANTENCION MÉDICA

Enfermedades crónico - degenerativas: incurables, invalidez, progresivas, fatales. Están ligadas al dolor y deterioro progresivo e irreversible de la calidad de vida del paciente y a la familia.

OBSTACULOS DE LA ATENCION MÉDICA

- Legislación restrictiva: para medicamentos calmantes del dolor como los narcóticos.
- Profesionales de la salud: falta de formación y concientización sobre los cuidados paliativos.
- Obstinación terapéutica: tratamientos que resultan dolorosos y que no ayudan a curar a los pacientes, ni a mejorar su calidad de vida.

NOM - 011- SSA3 - 2014

Establece los criterios y procedimientos mínimos indispensables para los servicios de cuidados paliativos para los pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal, para el bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo el respeto y fortaleciendo la autonomía del paciente y su familia, previniendo la obstinación terapéutica.

La NOM contempla la atención de los cuidados paliativos en 4 lugares: medio hospitalario, en urgencias, de forma ambulatoria y preferentemente en su domicilio.

DEFINICIONES

- Calidad de vida: son las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas, que permiten al paciente en situación terminal actuar de

acuerdo a sus objetivos, expectativas y creencias en el contexto de sus relaciones familiares y sociales.

- Enfermo en situación terminal: persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un periodo de vida de aproximadamente 6 meses (<6 meses)
- Claudicación familiar: Desajuste en la adaptación familiar de la condición del enfermo, originada por la aparición de nuevos síntomas o la reaparición de los mismos que provocan angustia, depresión y que llevan al abandono del enfermo en situación terminal.
- Cuidados paliativos (NOM): cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.
- Medios ordinarios: útiles para conservar la vida y no constituyen una carga desproporcionada para tal beneficio.
- Medios extraordinarios: constituyen una carga demasiado grande para el beneficio requerido (obstinación terapéutica).

Obstinación terapéutica: adopción de medios desproporcionados o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.

DE LA PRESCRIPCIÓN Y OTORGAMIENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

El médico tratante deberá promover que el paciente reciba los cuidados paliativos en su domicilio, con excepción de aquellos casos en que por las condiciones del enfermo en situación terminal se requiere que la atención y los cuidados sean hospitalarios.

DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA

Implica que el enfermo en situación terminal y sus familiares reciban atención y apoyo necesarios para solventar la crisis que pudiera a llegar a presentarse en el domicilio.

DE LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA DOMICILIARIA

El domicilio del enfermo en situación terminal debe ser considerado como el sitio más adecuado para la prestación de servicios de cuidados

paliativos, con excepción de aquellos que necesitan ser atendidos en un hospital.

DE LA ATENCION HOSPITALARIA (CRITERIOS)

- Paciente que con enfermedades graves progresivas con dolor o síntomas severos que no sean controlables en el domicilio del enfermo.
- Complicaciones reversibles que ameriten hospitalización
- Prevención del tratamiento de crisis de claudicación familiar
- Régimen terapéutico complejo donde los familiares no pueden suministrar la medicación o las acciones terapéuticas en forma adecuada.
- Estadios diagnósticos especiales o tratamiento de cuidados paliativos especializados

URGENCIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Los médicos que presten servicios de urgencias deberán tener acceso al expediente clínico del paciente para anotar las acciones que realice en esa intervención. Deberán interrogar al enfermo en situación terminal, familiares o responsable legal a fin de que proporcione, si fuera el caso, los datos de los profesionales de salud que requieran ser interconsultados.

CRITERIOS DE TERMINALIDAD

- Enfermo terminal: etapa final de una enfermedad avanzada y progresiva donde existe un deterioro irreversible y no hay tratamiento curativo posible. Múltiples síntomas cambiantes y multifactoriales; pérdida de la autonomía o fragilidad progresiva; pronóstico de la vida limitado.
- Enfermo oncológico en fase terminal: cáncer con diagnóstico histológico demostrado en estadio crónico IV, metástasis cerebrales, medulares, hepático o pulmonar, que ha recibido terapia estándar eficaz y se encuentra en situación terminal de escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento efectivo.
- Enfermo no oncológico en situación terminal: enfermedad o insuficiencia crónica de órgano no reversible, independientemente de la

causa primaria que las origino, en estadios más avanzados y sin respuestas al mejor tratamiento posible disponible.

- Situación de últimos días o agonía: periodo final del ciclo vital de las personas con marcado declinar funcional, alteraciones de los signos vitales, previsión de muerte en horas o en días, e irreversiblemente de la situación es uno de los momentos más delicados de la enfermedad del paciente.

CRITERIOS TERMINALES DE ENFERMEDADES NO ONCOLOGICAS

- Enfermedad cardiaca: síntomas de falla cardiaca congestiva recurrente en reposo, paciente refractario al tratamiento; arritmias, historia de paro cardiaco y RCP, así como sincope inexplicable.

- Enfermedad pulmonar: disnea incapacitante en reposo y sin respuesta a tratamiento óptimo; pérdida de peso progresiva involuntaria.

- Demencia: incapacidad para deambular y vestirse sin asistencia, incapacidad para bañarse adecuadamente, incontinencia fecal y urinaria, presencia de complicaciones médicas.

- SIDA: cuenta de CD4 por debajo de 25 celulas por mcl, carga viral > 100,000 copias/ml, enfermedades oportunistas

- Enfermedad renal: depuración de creatinina < 10 cc/min, creatinina sérica de >8.0 mg/dl, signos y síntomas de uremia, oliguria e Hiperkalemia.

- EVC Y Coma: paciente comatoso, creatinina sérica >1.5 mg/dl, edad mayor a 70 años, disfagia severa, demencia post EVC, pérdida de peso mayor a 10% en los últimos 3 meses y albumina sérica <2.5g/dl.

- Enfermedad hepática: tiempo de coagulación muy prolongados, albumina sérica <2.5 g/dl, ascitis refractaria a tratamiento, peritonitis bacteriana espontanea, síndrome hepatorenal, encefalopatía hepática refractaria a tratamiento, sangrado de varices esofágicas recurrentes, malnutrición progresiva, alcoholismo activo, carcinoma hepatocelular, clasificación Child-pugh estadio C.

CONCLUSION

El paciente con enfermedad en fase terminal, representa un campo de estudio amplio debido a las distintas enfermedades que pueden llegar a provocar esta avanzada y desafortunada situación, puesto que los cuidados paliativos para estos pacientes se deben de individualizar en base a la patología que le provoco el deterioro tan agravante de su calidad de vida, las manifestaciones clínicas que esté presente en el momento y los valores paraclínicos que encontremos en el paciente, por lo cual se debe indagar a fondo en el tratamiento paliativo de mejor calidad para el paciente, evitando caer en obstinación terapéutica y evitando alargar la agonía del paciente y el sufrimiento de los familiares.

La medicina paliativa es un campo amplio a comprender, sin embargo, hay que tomar en cuenta, el que, para mí sería uno de los principios éticos de la medicina paliativa, tratar a nuestros pacientes con alta calidad humana, ser comprensibles ante su situación médica, familiar, psicológica y hasta económica en las que los pacientes pueden llegar a caer debido a las amplias gamas de complicaciones que la patología que padecen les puede traer.