



UDSA

Mi Universidad

Nombre del alumno: Zahobi Bailon Peralta

Nombre del tema: apuntes

1er parcial

Nombre de la materia: Medicina paliativa

Nombre del docente: Agenor Abarca Espinoza

Medicina Humana

6to Semestre Grupo C

CUIDADOS PALIATIVOS

Examen go. | Asistencia | Participación | Plataforma 20
APUNTES o notas 10

Cuidados Paliativos

Paliativo -> disminuir el dolor (paciente terminal)

Paliar -> aliviar

ANTECEDENTES H. 372 -> Primeros indicios

1899

o Primer uso de la
Palabra Hospice (maada)
en Francia - (Comunidad)
Caso
o Maison medicale

o fundacion de caritas

Hospital Par. Am. Brit.

St. James

o New York (St. J. Hosp.)

o Jean de Gournay

1842

CATOLICOS
misioneros

(centro)

o Protestant. Hospice en
sus puertas para enfermos
de tuberculosis y cancer

Londres

1948

- 1) Negación
 - 2) Emoción (color)
 - 3) Negociación
 - 4) D. Análisis
 - 5) Aceptación
- o Estados Psicológicos
- o Medicina Psiquiátrica

o Nace la fundacion St.

Christopher Hospice
-> cuidados de enfermos
Espiritual, social y
psicológico

o Cicely Saunders

o Control de síntomas de

o Plena de cuidados paliativos

1969 Elizabeth Kubler-Ross

o Desarrollo de la medicina

Paliativa

o España

o otros países de cuidado

o Son validos

Año 80

o Se adopta el término

cuidados Paliativos por

la oms

1980

o Se reconoce a la medicina

Paliativa como la especialidad

de la medicina

1987

o La oms reconoce el

término de cuidados

Paliativos

1995

Los cuidados paliativos en México

- 1990 - 1980

→ ya existía

- o Programas locales e institucionales
- o 1972: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
- o 1976: H.S.M. Dr. Eduardo Liceaga
- o 1981: INCAN

o 1990

- se conoce oficialmente los cuidados paliativos como tema de salud pública y de política oficial por el estudio de DDA en el cáncer.

2009

- Incorporación de los cuidados paliativos en la legislación federal
- regulación de los cuidados paliativos a 101 en favor de la situación terminal

9 de diciembre de 2014

- publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA3-2014 Criterios para la atención de los enfermos en situación terminal, atención de cuidados paliativos
- Atención hospitalaria, atención ambulatoria, atención en el domicilio o atención de emergencia

1' Cuidados Paliativos es el cuidado activo e integral de pacientes cuyas enfermedades no responden a tratamientos curativos

2002

Refinación de Cuidados Paliativos

4 Estrategias

Omnis y OPS

- 1- Desarrollo de Políticas de salud a Propiedad
◦ En todos los niveles de la estructura en salud
- 2- Disponibilidad de medicamentos
◦ Especialmente los básicos (MORFMS)
- 3- Educación y Capacitación
◦ Para trabajadores de la salud así como para el público en general
- 4- Sectores Integrados
◦ En todos los niveles de atención para los cuidados paliativos

1º El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia.

OMS, 2014

- Fundamentados en el control y alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales

DATOS ESTADÍSTICOS

- 740 millones con enfermedades incurables → Cuidados Paliativos

① - 78 viven en ingresos bajos

② solo el 14% reciben cuidados paliativos

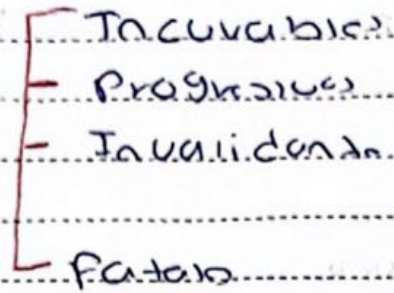
③ solo el 7% de 234 países cuentan con Plan de Cuidados Paliativos en sus Políticas Públicas de Salud

datos estadísticos - ¿cómo va vida pa enf inf. Aguda
- conforme el comportamiento demográfico
de las enfermedades no transmisibles en la población
adulto y adulta mayor. ¿Se vea aumentada la ne-
cesidad de planes de cuidados paliativos a nivel mundial

ATENCIÓN MÉDICA

- Ligadas al dolor
- Cambio irreversible
- Emplea la calidad de vida

Enfermedades crónicas
degenerativas



OBSTACULOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA

1. Legislación restrictiva

- Para medicamentos (analgésicos del dolor (opiáceos))

2. Profesionales de salud

- Falta de formación y concienciación sobre cuidados paliativos

3. Obstáculos terapéuticos

→ Tratamiento que resuelve dolores y que no ayuda a vivir al paciente, en a mejorar su calidad de vida

NOM-017-SSA3-2014

7. DOMICILIO: (29 M. Tratamiento, 3)

- Establece Críterios y Procedimientos ambulatorio Indiv. Pensamiento
- Para los servicios de cuidado paliativo a Pacientes
- con alguna enfermedad en situación terminal
- Para bienestar y una calidad de vida digna hasta
- el momento de su muerte, por reposo y fortalecimiento
- de la autonomía del paciente y su familia Preservación
- la Obstinación de la muerte

HOSPITALARIO

Agencia

NOM-

017 -

Ambulatorio

SSA3-

2014

DOMICILIARIO

Funciones: Calidad de vida

Condiciones físicas, psicológicas y sociales

Permiten al paciente en situación terminal

una de acuerdo a sus objetivos, expectativas

creencias y en contexto de sus relaciones familiares

y sociales

pacientes en situación terminal - según la ley

paciente que tiene una enfermedad incurable e irre-

versible y un pronóstico de vida inferior a sus

→ Pensar en el abandono

CLASIFICACION FAMILIAR

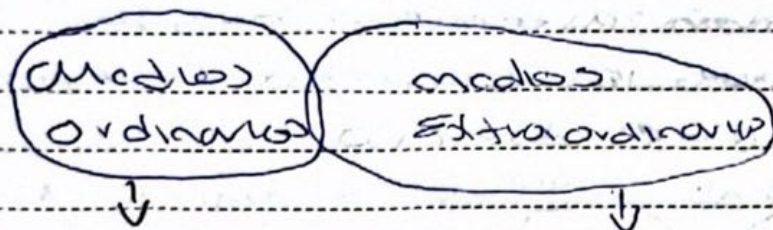
- Desajustes en la adaptación de la familia a la condición del enfermo, por la aparición de nuevos síntomas o la reparación de alguno de ellos
 - Provoca angustia, deproles y lleva acabo al abandono del cuidado del enfermo en situación terminal.
- Consensos

Cuidados Paliativos

Cuidado activo aquellos enfermedades que no van por un tratamiento curativo, psicológico, social y espiritual.

PLAN de cuidados Paliativos

- Acciones indicadas, programadas, organizadas por el médico tratante, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario → deben ser pautas en enfermo terminal obtener la posibilidad de control de los síntomas asociados a este



Utiliza para conservar

la vida

→ No es una carga

desproporcionada

para tal beneficio

(buen uso)

Carga demandada

(grande) grave para el

beneficio reducido

(mal uso)

Obstinación Terapéutica

- Adopción de medidas desproporcionadas o inutiles con el objetivo de alargar la vida en situación de agonía

- El médico especialista que actúe como médico tratante prioriza los cuidados paliativos

- Cae en ambulatorio u no presencial

Atención y asistencia domiciliar

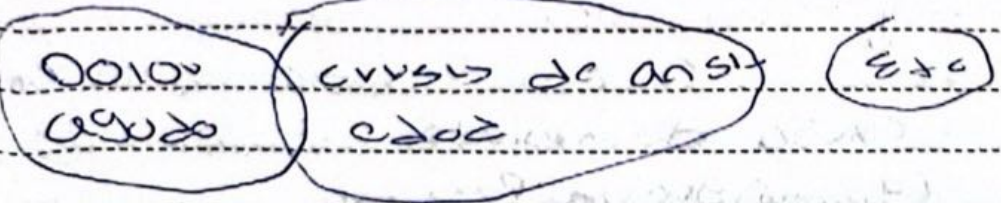
... sitio más adecuado para la presentación de los cuidados paliativos a excepción de aquellos en el medio hospitalario

Atención Ambulatoria

- Evaluar la frecuencia y realizar oportunamente los ajustes que resulten necesarios

Control de los síntomas intrínsecos y los efectos secundarios de los fármacos prescritos

- Implica que el paciente en situación terminal y sus familiares reciban atención y apoyo necesario para superar las crisis que puedan llegar a presentarse en el domicilio



La atención hospitalaria

... complicación reactiva que amerite hospitalización para su tratamiento

Pacientes con enfermedades progresivas en dolor o síntomas severos, que no sean controlados en el domicilio del enfermo

- Precaución o tratamiento de crisis de claustrofobia
facultativa que pudiera poner en riesgo la eficacia
de los cuidados paliativos

- Régimen terapéutico complejo donde la familia
no pueda suministrar la medicación o los aciem-
tos terapéuticos de forma adecuada

- Estudio de diagnóstico epidemiológico o tratamiento
de cuidados paliativos especializados

Urgencias en cuidados paliativos

- Deben tener infraestructura, grupo médico multi-
disciplinario y nutricional

- Equipos y preparaciones para el afrontamiento de pacientes

- Todo personal médico que atienda pacientes en urgen-
cia de cuidados paliativos -> Tiene acceso al el p-
cedente clínico para llevar a cabo el seguimiento de
caso y sus anotaciones en el mismo

- Se debe interrogar al enfermo en situación terminal
familiar o representante legal los datos de
los profesionales de la salud que requieren ser inter-
consultados

- Cuando exista el paciente resultante de los
procedimientos de servicios de atención médica
que en ese momento se encuentran atendiendo
el paciente

NA y Cloruro \rightarrow Alt. Neuroendocr.

NA y Cloruro \rightarrow Cardíacos y renales

Acidosis o Alcalosis \rightarrow valor de HCO_3^-

Acidosis Respiratoria - $PCO_2 \uparrow$ (35-45 mmHg)
compensando PCO_2

Alcalosis $\downarrow PCO_2 \downarrow$ 22-30 mmHg/L compensación

Metabólica \rightarrow Pulmones

ENFERMEDAD PULMONAR

- Documentada por disnea discapacitante en reposo
con pobre respuesta a:

- TX broncodilatador

- Enfermedad Pulmonar Progresiva múltiples visitas
a urgencias

- Hipoxemia en reposo con O_2 suplementario

- Pérdida de peso Progresiva Involuntaria (10%
del peso corporal en los últimos 6 meses)

DEMENCIA

Evaluación del estado funcional

- Incapacidad para deambular y Vestirse sin asistencia

- Incapacidad para bañarse adecuadamente

- Incontinencia fecal y urinaria

- Incapacidad para comunicarse de manera Inteligible

- Presencia de complicaciones médicas

SIDA

- Cuenta de CD4+ o "cuentas" por debajo de 25 células/mm³

- Carga viral o Paciente con carga viral VIH RNA $> 100,000$

- Enfermedades oportunistas - Microbiota

ENFERMEDAD RENAL

- Depuración de Creatinina $< 10 \text{ cc/min}$
- Creatinina sérica $> 8.0 \text{ mg/dl}$
- Signos y síntomas
- Uremia (1 en Insuficiencia hepática)
- Oliguria $< 400 \text{ ml a 1 día}$
- Hipertensión $> 7-0$

EVC Y COMA

- | | | |
|---------------------|---|---|
| - Paciente comatoso | Creatinina sérica $> 7.5 \text{ mg/dl}$ | Edad avanzada $> 70 \text{ años}$ |
| - Disfagia severa | - Demencia post EUC evidenciado | - Pérdida de peso 79.10% en los últimos 3 meses y 10 |
| | Pov Post de 4 | Albumina sérica $< 2.59 \text{ dl}$ |

- | | | |
|-------------------------|---|--------------------|
| Neumonía por aspiración | - Soplo y fiebre recurrente a pesar de antibioterapia | - Úlcera de cubito |
|-------------------------|---|--------------------|

Predictores de peor pronóstico de recuperación funcional en ACU

Edad Avanzada

Antecedentes de ACU

Enfermedad hepática

Indicadores de falla hepática severa:

- Tiempo de protrombina prolongado $+ \text{ de } 5 \text{ seg.}$ sobre el control
- Albumina sérica $< 2.59 \text{ dl}$

Indicadores clínicos de fase renal terminal en enfermedad hepática

- Ascitis refractaria al tratamiento
- Peritonitis bacteriana espontánea
- Síndrome hepatorenal (shock de dos o tres

- o Encefalopatía hepática refractaria al tx
 - o Sangrado de vías biliares recurrentes
 - o Malnutrición progresiva / alcoholismo activo (HBsAg positivo) / carcinoma hepatocelular
 - o Clasificación de Child-Pugh Estado C
- Generalidad
- El médico tratante será el responsable de prescribir un plan
 - Para poder indicar con el plan de cuidados pariativos indicado o prescrito por el médico tratante debe recoger carta de consentimiento informado de conformidad con el protocolo en Nombre Oficial