

CUIDADOS PALIATIVOS ATENCIÓN PRIMARIA

Dr. A. Sánchez Calso
CS Galapagar

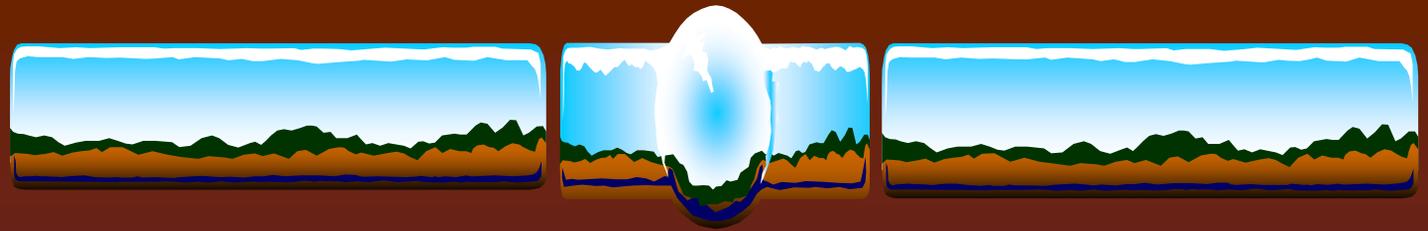


C.S. COLLADO VILLALBA ESTACIÓN



ENFERMEDAD TERMINAL





ENFERMEDAD TERMINAL

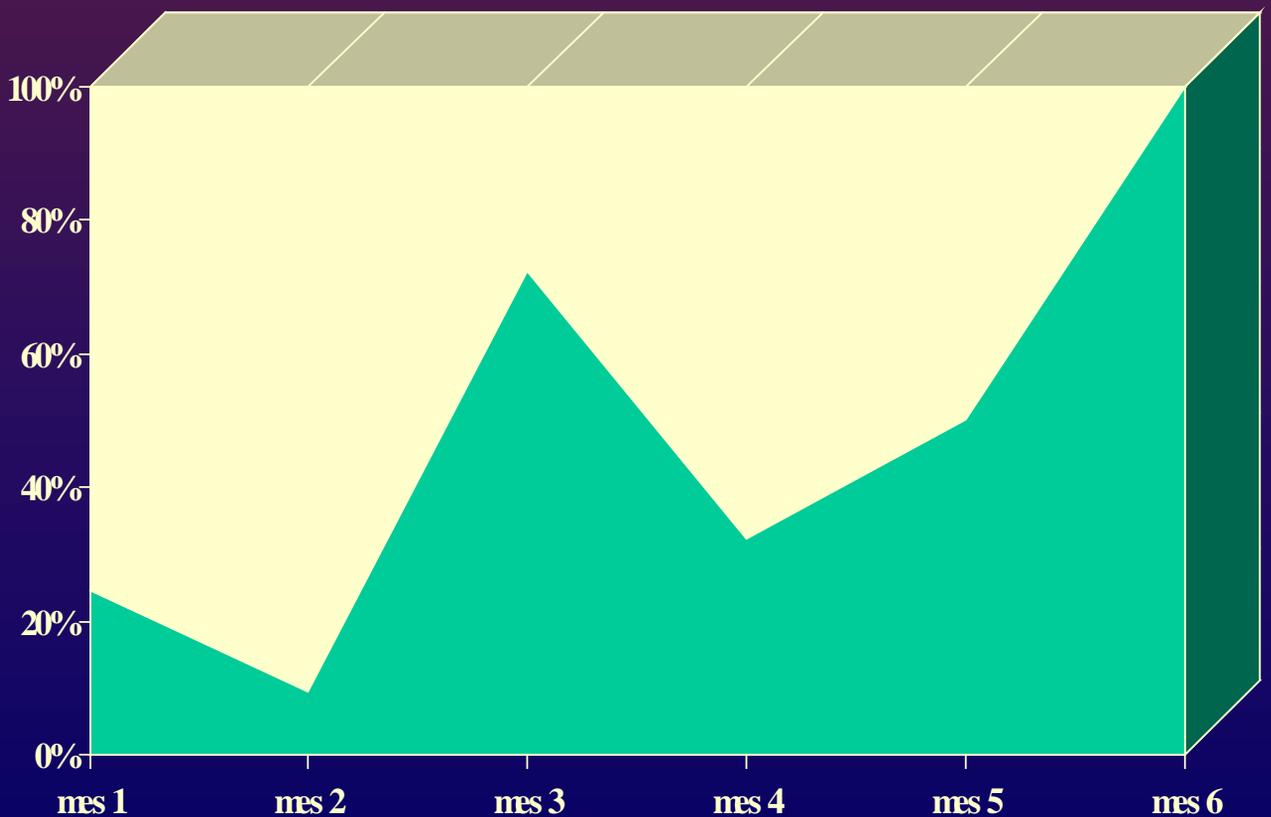
**TTO
ONCOLÓGICO**

**TTO
NO
ONCOLÓGICO**

**C
U
I
D
A
D
O
S**

ENFERMEDAD TERMINAL

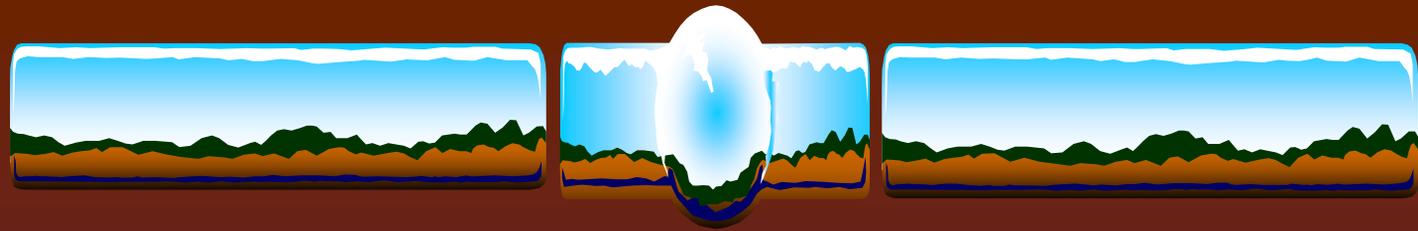
■ Cuidados ■ TTO





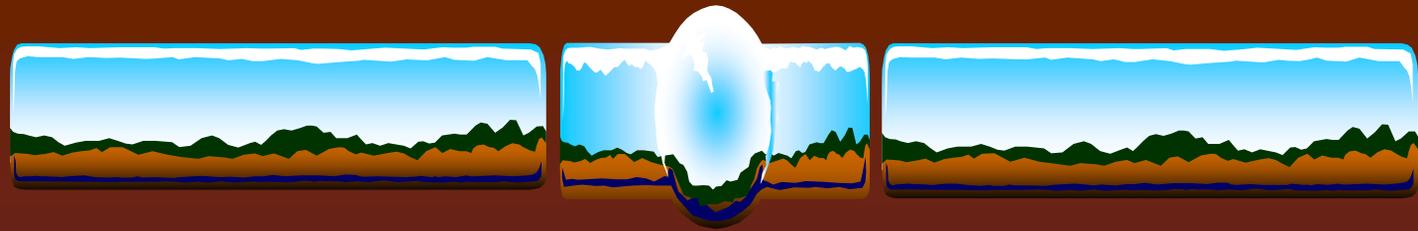
CUIDADOS PALIATIVOS. CONCEPTO

- ❖ **Conferencia de Ginebra. OMS 1990**
- ❖ **Cuidado activo y total de enfermedades sin respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible, controlando síntomas psicofísicos y atendiendo necesidades espirituales y sociales de los pacientes**



CUIDADOS PALIATIVOS CONCEPTO

- ❖ **Aseguran la vida, aceptan la muerte**
- ❖ **No aceleran ni posponen la muerte**
- ❖ **Alivio del dolor y otros síntomas indeseables**
- ❖ **Integran aspectos psicológicos, sociales y espirituales**
- ❖ **Sistema de apoyo para vida activa**
- ❖ **Apoyo a la familia para afrontar la enfermedad y el duelo**



CUIDADOS PALIATIVOS OBJETIVOS

- ❖ **Bienestar: Objetivo terapéutico**
- ❖ **Control de síntomas**
- ❖ **Atender al paciente y su familia**
- ❖ **Promoción de autonomía / dignidad**
- ❖ **Trabajar binomio esperanza / realidad**
- ❖ **Domicilio: Medio asistencial**

The top of the slide features three horizontal panels. The left and right panels show a landscape with green hills, brown soil, and a blue sky. The middle panel is a white, egg-shaped object with a blue shadow underneath, positioned over the landscape.

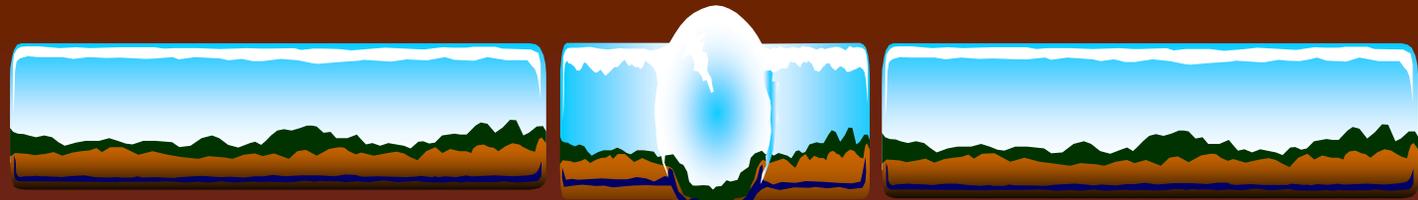
ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL. CONCEPTO

- ❖ **Pronóstico limitado de vida**
- ❖ **Enfermedad en progresión**
- ❖ **Mal estado general del paciente.
Medido con escalas validadas**
- ❖ **Acuerdo: No tratamientos con
finalidad curativa**
- ❖ **Complicaciones irreversibles en
progresión**
- ❖ **Previsión de síntomas: Manejo
específico**



ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL. ESCALA DE KARNOFSKY

- ❖ **Etapa inicial o de estabilidad.** No alteración de estado funcional, ni síntomas intensos. (80-100)
- ❖ **Etapa sintomática o de estado.** Alteración funcional sin afectar a las actividades básicas de la vida diaria. (60-80)
- ❖ **Etapa de declive.** Deterioro de actividades básicas de la vida diaria. (30-50)
- ❖ **Etapa final o de agonía.** Signos del proceso de morir, pronóstico inferior a 7 días. (<30)



ESCALA DE KARNOFSKY

Capacidad de hacer una vida normal.

100. Actividad normal. Asintomático

90. Signos mínimos de enfermedad

80. Actividad normal con esfuerzo.

Signos de evidencia de enfermedad.

Incapacidad para el trabajo. Requiere diversa asistencia

70. Cuida de si mismo. No puede realizar trabajo o actividad normal

60. Precisa asistencia ocasional. Cuida de sus propias necesidades

50. Precisa considerable asistencia

Incapacidad para cuidarse

40. Incapacidad importante.

30. Incapacidad severa

20. Gravemente enfermo

10. Agonía

0. Muerte



ESCALA PPS - Palliative Performance Status

Escala de Karnofsky + Ingesta oral + Nivel conciencia

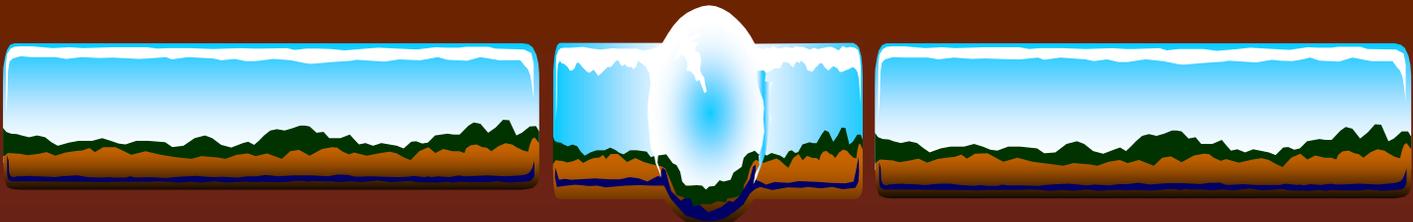
- ❖ 100. Ingesta normal. Conciencia normal
- ❖ 90. Ingesta normal. Conciencia normal
- ❖ 80. Ingesta N ó R. Conciencia normal
- ❖ 70. Ingesta N ó R. Conciencia normal
- ❖ 60. Ingesta N ó R. Conciencia normal o confusión
- ❖ 50. Ingesta N ó R. Conciencia normal o confusión
- ❖ 40. Ingesta N ó R. Conciencia N / confusión / somnolencia
- ❖ 30. Ingesta reducida. Conciencia N / C / S
- ❖ 20. Sorbos mínimos. Conciencia N / C / S
- ❖ 10. Cuidados boca. Somnolencia o Coma
- ❖ 0. Muerte



ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL. SÍNTOMAS**

- ❖ Dolor
- ❖ Anorexia
- ❖ Estreñimiento
- ❖ Xerostomía
- ❖ Náuseas
- ❖ Insomnio
- ❖ Disnea
- ❖ Depresión
- ❖ Vómitos
- ❖ Edemas
- ❖ Tos
- ❖ Úlceras malignas
- ❖ Hemorragias
- ❖ Disfagia
- ❖ Pirosis

** (Twicross 1990, Dunlop 1991, Bruera 1993, Sacristán 1994)



EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EDMONTON

<u>Mínimo síntoma</u>	<u>Intensidad</u>	<u>Máximo síntoma</u>
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin astenia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo astenia
Sin náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximas náuseas
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Sin disnea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima disnea
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Sin insomnio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo insomnio
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar



BASES DE LA TERAPÉUTICA EN LA MEDICINA PALIATIVA

- ❖ **Controlar complicaciones, aunque la enfermedad causal no este controlada**
- ❖ **Terapéutica escalonada según intensidad del sufrimiento**
- ❖ **Individualización de la terapéutica**
- ❖ **Fármacos multiefectivos**
- ❖ **30 principios activos son suficientes**



MEDICAMENTOS EN MEDICINA PALIATIVA

- ❖ **ANALGÉSICOS:** Paracetamol, Ibuprofeno, Naproxeno, Metamizol
- ❖ **ANSIOLÍTICOS:** Diazepam, Lorazepam, Bromazepam, Midazolam
- ❖ **ANTICONVULSIVANTES:** Fenitoína, Gabapentina
- ❖ **ANTIDEPRESIVOS:** Amitriptilina, Fluoxetina, Duloxetina
- ❖ **ANTIEMÉTICOS:** Haloperidol, Metoclopramida, Domperidona



MEDICAMENTOS EN MEDICINA PALIATIVA

- ❖ **CORTICOIDES:** Dexametasona, Prednisona, Metilprednisolona, Deflazacor
- ❖ **LAXANTES:** Senósidos, Lactulosa, Enemas
- ❖ **NEUROLÉPTICOS:** Haloperidol, Clorpromazina, Pregabalina
- ❖ **OPIACEOS MENORES:** Codeína, Tramadol
- ❖ **OPIACEOS MAYORES:** Morfina, Fentanilo, Oxycodona, Tapentadol, Buprenorfina, Hidromorfona



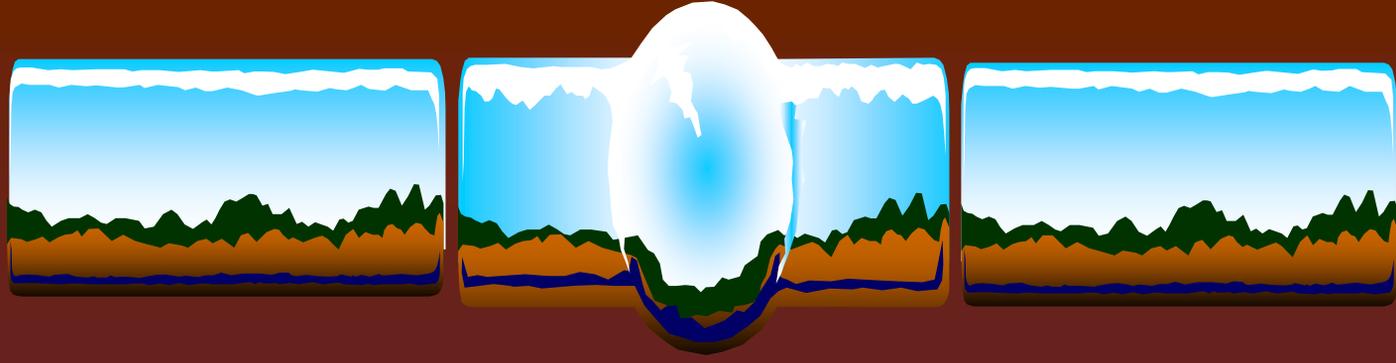
ORGANIZACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

- ❖ **Pacientes subsidiarios de atención domiciliaria:**
 - Sufrimiento biopsicosocial leve-moderado
 - Controlable en domicilio
 - Adecuado soporte familiar
- ❖ **Pacientes subsidiarios de centros de larga estancia:**
 - Complicaciones leves-moderadas
 - Mal soporte familiar
- ❖ **Pacientes subsidiarios de unidades de cuidados paliativos:**
 - Complicaciones causantes de situaciones de sufrimiento intenso



CALIDAD DE VIDA AL FINAL DE LA VIDA

Una buena muerte no debe ser más que la conclusión natural de una vida. Una vez que aceptamos la muerte como una parte de la vida, es lógico pensar que una de las funciones de la medicina sea establecer métodos eficaces de cuidados médicos y psicológicos paliativos para personas que sufren enfermedades terminales con el fin de que expiren de la forma más plácida posible. Nadie debería morir con dolor y nadie debería morir solo



CUIDADOS PALIATIVOS ATENCIÓN PRIMARIA

**Dr. A. Sánchez Calso
CS Galapagar**