



**UNIVERSIDAD
DE LOS LLANOS®**



50
Años

Abordaje Integral de Síntomas

Cuidados Paliativos Modernos: Nivel Avanzado

Enfoque Clínico, Bioético y Basado en Evidencia



Introducción y Filosofía

Filosofía de Cuidado

Los cuidados paliativos no son "el final", sino un **compromiso con la vida** hasta el último momento.

Alivio del dolor y otros síntomas estresantes.

Integra aspectos psicológicos y espirituales.

No intenta acelerar ni posponer la muerte.



Epidemiología Global: El SHS

74%

Incremento del SHS (1990-2021)

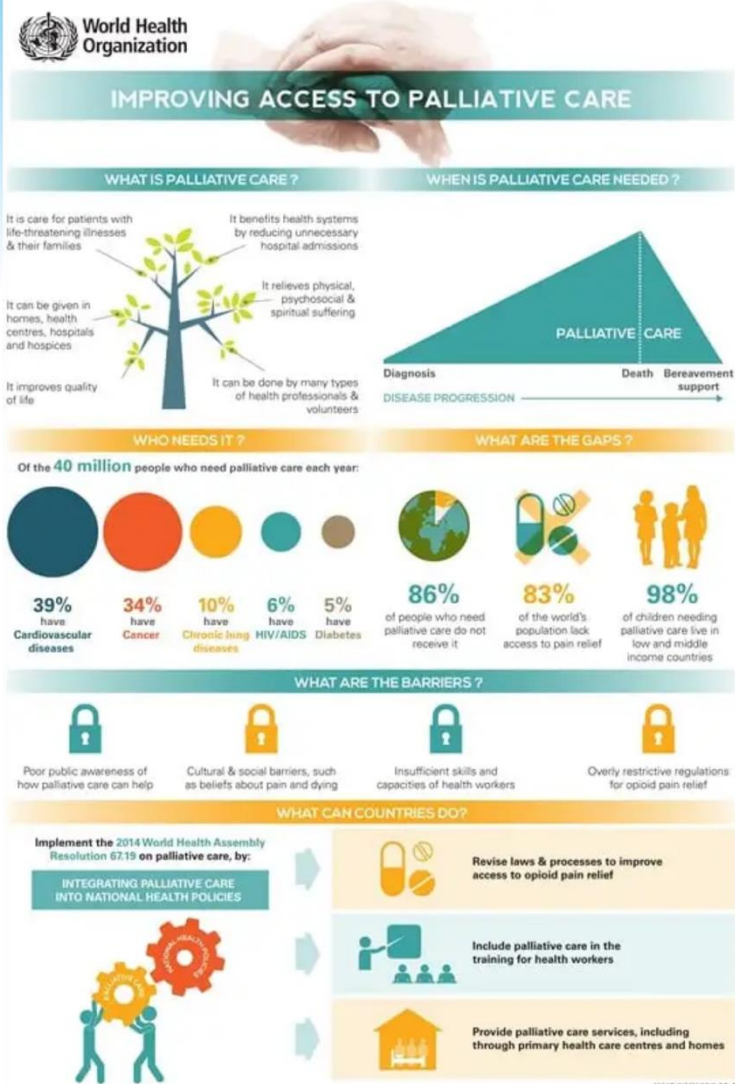
Serious Health-Related Suffering (SHS)

El "Sufrimiento Grave Relacionado con la Salud" es el nuevo marco de la **Lancet Lancet Commission** para medir la necesidad global.

Más de 73.5 millones de personas requieren cuidados paliativos anualmente.



Estadísticas de Impacto (2024)



Carga de Enfermedad

Cáncer: 36 tipos representan la mayor carga de SHS.

Países de bajos ingresos: 80% de las necesidades no cubiertas.

Población pediátrica: Millones de niños sufren acceso a opioides básicos.



La Brecha Global en el Acceso

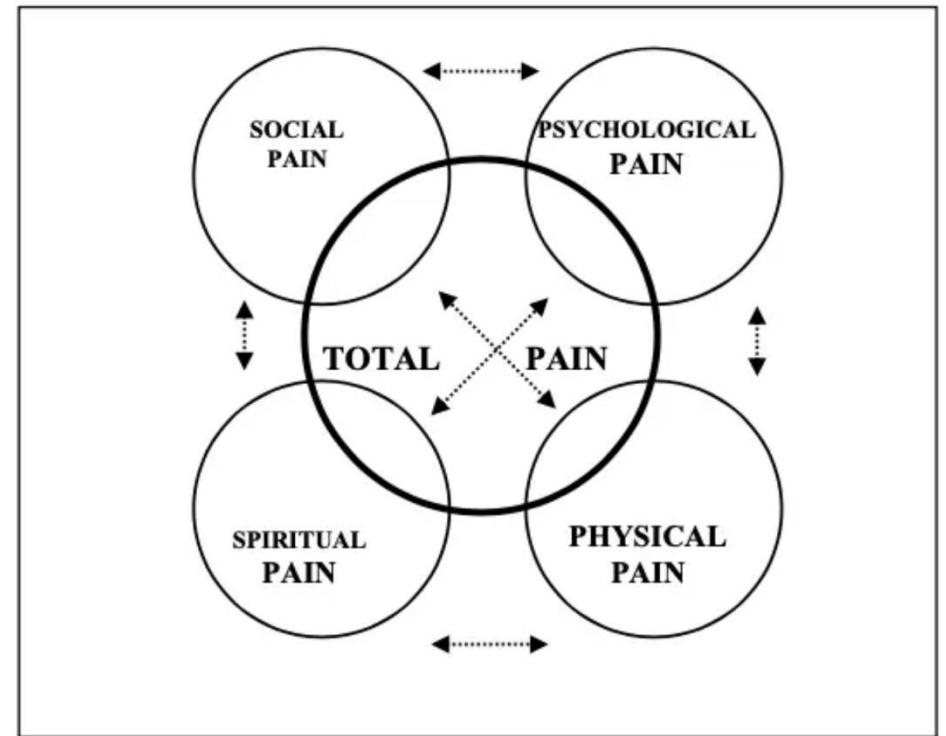
Región	Nivel de Acceso	Barreras Principales
Países Desarrollados	Integración Avanzada	Envejecimiento poblacional
América Latina	Desarrollo Intermedio	Falta de políticas públicas
África / Sudeste Asiático	Bajo Acceso	Indisponibilidad de morfina oral



El Concepto de Dolor Total

Cicely Saunders revolucionó la medicina al que el dolor no es solo una señal eléctrica.

"Usted nos importa por lo que usted es, y nos importa hasta el último momento de su vida."



Dimensiones del Sufrimiento

Física

Dolor, disnea, náuseas.

Social

Roles familiares,
finanzas.

Psíquica

Ansiedad, depresión,
miedo.

Espiritual

Sentido de la vida,
trascendencia.



Equipo Multidisciplinario



Médico: Control farmacológico y pronóstico.

Enfermería: Cuidado directo y educación.

Psicología: Afrontamiento y duelo.

Trabajo Social: Redes de apoyo.



Evaluación: La Clave del Éxito

Principios de Evaluación

Creer siempre al paciente.

Evaluación multidimensional inicial.

Re-evaluación frecuente tras intervenciones.

Uso de escalas validadas.



Mecanismos de Síntomas Refractarios

Sensibilización Central

Explicación de por qué algunos síntomas se vuelven vuelven resistentes a dosis estándar.

Involucra receptores NMDA y microglía activada.



Disnea: El "Hambre de Aire"

Desajuste entre el esfuerzo inspiratorio y la ventilación lograda.

Es un síntoma subjetivo; la frecuencia respiratoria no siempre correlaciona.

Impacto emocional masivo (pánico de asfixia).



Evaluación y Medidas No Farmacológicas

Medidas Físicas

Ventilador de mano (aire fresco al trigémino).

Posicionamiento (semi-Fowler).

Técnicas de relajación.

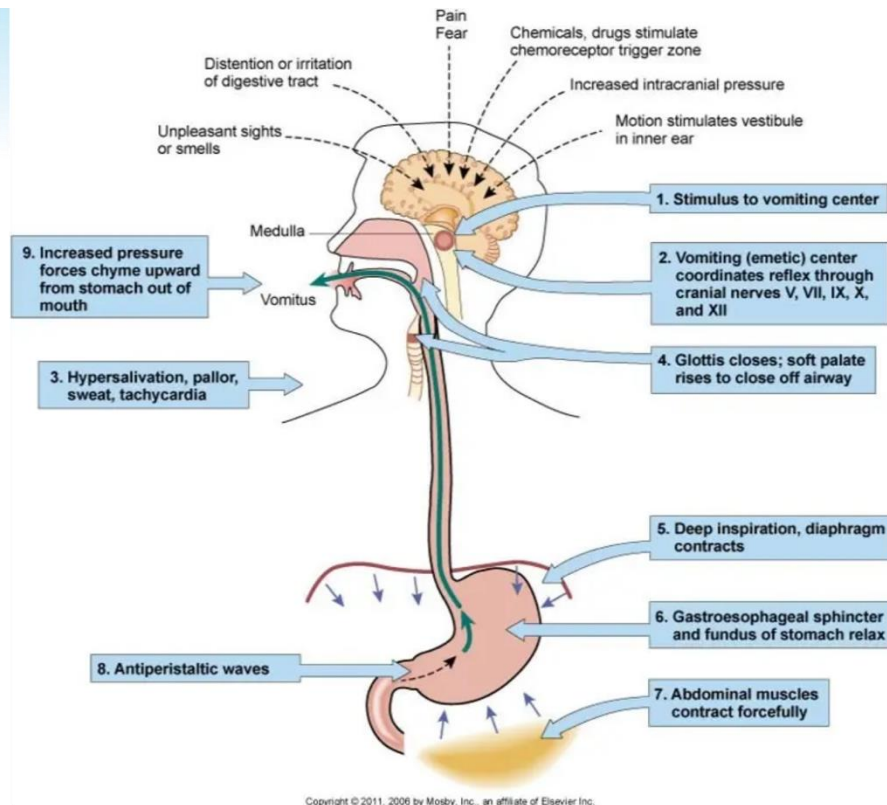


Manejo de la Crisis de Disnea

Fármaco	Dosis / Uso
Midazolam	2.5 - 5 mg SC/IV para ansiedad asociada.
Oxígeno	Solo si hay hipoxemia demostrada ($\text{SaO}_2 < 90\%$).
Fentanilo SC	Eficaz por su rapidez de acción en crisis agudas.



Náuseas y Vómitos



Vías Emetógenas

Zona Gatillo Quimiorreptora (ZGC).

Corteza cerebral (ansiedad/anticipación).

Aparato Vestibular.

Tracto GI (estasis/obstrucción).



Algoritmo V.O.M.I.T.

V - Vestibular (cinetosis)

O - Obstruction / Organ (estasis/uremia)

M - Mind / Metastases (ansiedad/HTIC)

I - Infection / Inflammation

T - Toxins (quimioterapia/opioides)



Antieméticos de Segunda Línea

Olanzapina

Eficaz en náuseas refractarias
(D2, 5-HT, Muscarínicos).

Dexametasona

HTIC o inflamación peritumoral.

Levomepromazina

El "antiemético universal"
(múltiples receptores).



OIC: Mecanismo

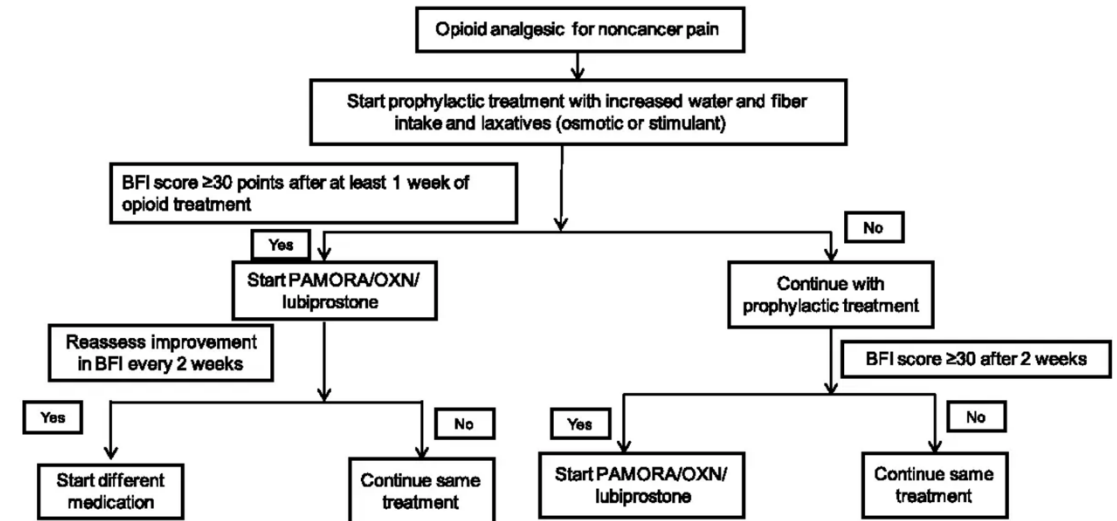
Opioid-Induced Constipation

Acción sobre receptores Mu en el plexo mientérico.

Disminución de secreción.

Aumento de absorción de agua.

Retraso del vaciamiento.



Algoritmo de Manejo

Protocolo Escalonado

Profilaxis: Estimulante (Sen) + Osmótico (PEG).

Rescate: Supositorios o Enemas.

Refractario: PAMORAs (Naloxegol, Metilnaltrexona).



Ansiedad: Abordaje Clínico

Causas

Miedo al dolor, separación familiar, incertidumbre espiritual.

Descartar causas físicas: hipoxia, dolor no controlado, controlado, fármacos.



Insomnio y Descanso

Higiene

Control de ruidos en
hospital/hogar.

Zolpidem

Inductor de acción corta.

Mirtazapina

Eficaz si hay depresión o anorexia
asociada.

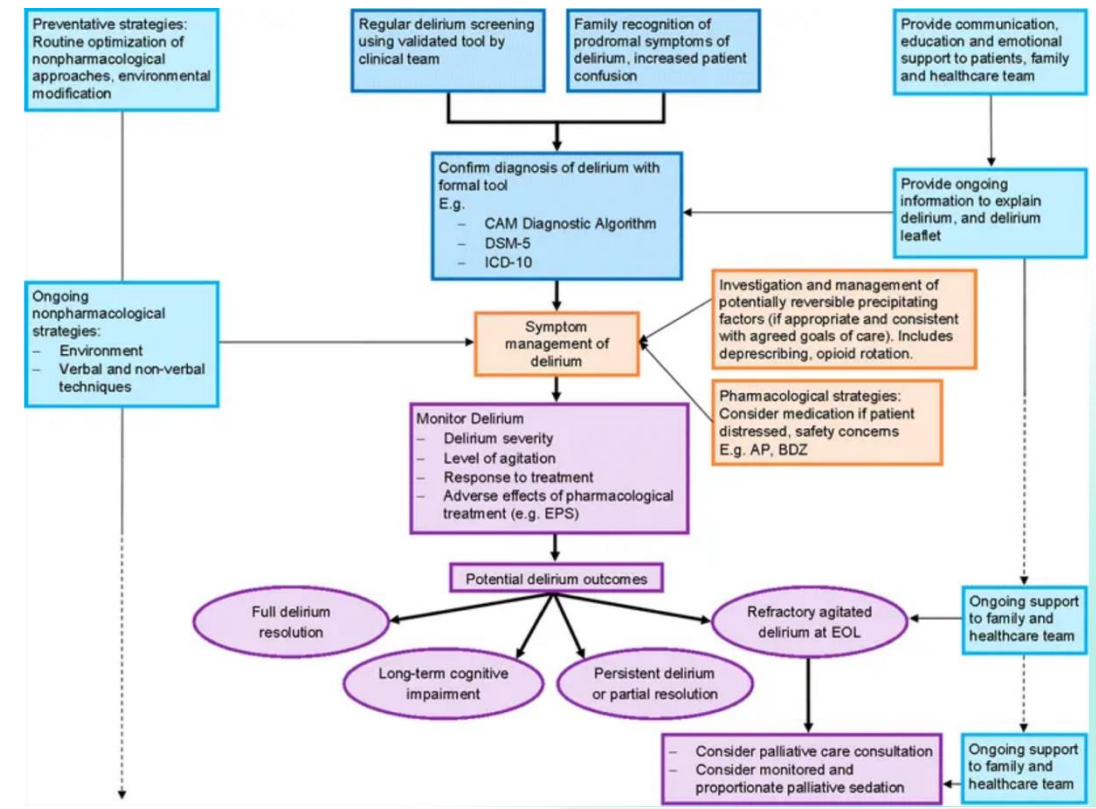


Delirium: Urgencia Paliativa

Definición

Alteración fluctuante de la conciencia y atención.

Prevalencia > 80% en los últimos días de vida.



Delirium Hiperactivo

Agitación psicomotriz, alucinaciones y agresividad.

Prioridad: Seguridad del paciente y familia.

Intervención ambiental: luz tenue, acompañamiento constante.



Tratamiento del Delirium

Fármaco	Indicación
Haloperidol	Estándar de oro (0.5 - 2 mg SC cada 4-8h).
Risperidona	Uso si la vía oral es posible.
Midazolam	Añadir solo si hay agitación severa (riesgo de efecto paradójico).



Obstrucción Intestinal Maligna

Clínica

Dolor cólico, vómitos fecaloideos, distensión abdominal.

Decisión ética: ¿Cirugía vs Manejo Médico?



Manejo Médico: El "Cóctel"

Objetivo: Alivio sin SNG

Dexametasona: Reduce edema peritumoral.

Butilbromuro de Hioscina: Reduce secreciones y cólicos.

Haloperidol: Control de náuseas.

Octreótido: Reduce secreción GI (refractarios).



Estertores (Death Rattle)

Secreciones en vías altas que el paciente no puede expectorar.

Generalmente no causan angustia al paciente, pero sí a la familia.

Comunicación: Explicar que es un signo de muerte inminente.



Protocolo de Manejo

Posicionamiento

Decúbito lateral o elevación de de cabecera.

Anticolinérgicos

Butilbromuro de Hioscina 20mg
SC.

Succión

Evitar (causa irritación y sangrado).



Sedación Paliativa

Definición

Disminución deliberada del nivel de conciencia para aliviar un síntoma refractario.

Requisitos: Síntoma refractario y consentimiento (o voluntad previa).



Bioética al Final de la Vida

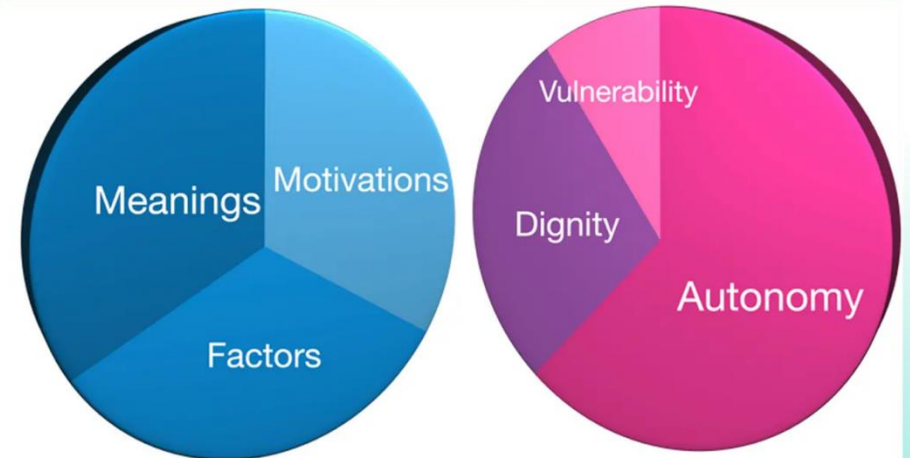
Principios

Autonomía: Respeto a las preferencias.

No Maleficencia: Evitar la obstinación terapéutica.

Justicia: Acceso equitativo a fármacos.

Meanings behind a wish to hasten death in relation to ethical principles



Patients

Patients and caregivers, including family members

Patients and healthcare professionals

Healthcare professionals

Patients, caregivers and healthcare professionals



Planificación Anticipada (ACP)

Proceso de discusión sobre los deseos de atención futura.

Permite designar a un representante para la toma de decisiones.

Reduce el estrés familiar en situaciones críticas.



Comunicación: SPIKES

Setting	Entorno privado, sin interrupciones.
Perception	¿Qué sabe el paciente?
Invitation	¿Qué quiere saber?
Knowledge	Dar la información en trozos pequeños.
Empathy	Validar emociones.
Summary	Plan de seguimiento.



Planes Individualizados

No hay recetas únicas. El plan debe integrar:

Objetivos del paciente (p.ej. llegar a una boda).

Manejo de síntomas prioritarios.

Soporte a cuidadores.

Lugar de fallecimiento preferido.



Apoyo a la Familia y Duelo

La familia es la unidad de cuidado.

Identificar factores de riesgo para duelo patológico.

Acompañamiento post-mortem.



Autocuidado del Profesional

Prevención del Burnout

Debriefing grupal tras muertes difíciles.

Límites terapéuticos claros.

Vida personal equilibrada.

Reconocimiento del impacto emocional.



Resumen y Perlas Clínicas

Escuchar

Es la intervención más potente.

Anticipar

Recetar antes de que aparezca el
síntoma.

Humanizar

Mirar a la persona, no a la
enfermedad.



Referencias Bibliográficas I

Journal	Referencia (APA 7)
Lancet	Sallnow, L., et al. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death. <i>The Lancet</i> , 399(10327), 837-884.
NEJM	Morrison, R. S., & Meier, D. E. (2024). Palliative Care. <i>New England Journal of Medicine</i> , 390, 452-463.
JPSM	Radbruch, L., et al. (2020). Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 60(4), 754-764.



Referencias Bibliográficas II

Fuente	Detalles
WHO	World Health Organization. (2024). <i>Global Atlas of Palliative Care at the End of Life</i> (3rd ed.). WHO Press.
Oxford	Cherny, N., et al. (2021). <i>Oxford Textbook of Palliative Medicine</i> (6th ed.). Oxford University Press.
ESMO	Hui, D., et al. (2023). Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. <i>ESMO Open</i> .



"Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre."





GRACIAS!



**UNIVERSIDAD
DE LOS LLANOS®**