



Oncogeriatría y cuidados paliativos

Rafael Gómez García.
Médico especialista en Geriatría



Rafael Gómez García

Responsable asistencial de Fundación CUDECA.





SAGG

Sociedad Andaluza
de Geriátria y Gerontología

ONCOGERIATRÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS



Rafael Gómez García

Responsable asistencial de Fundación CUDECA.



www.cudeca.org



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

Escuela Andaluza de Salud Pública

Decisions are more important
than incisions

ANON





30 años añadiendo Vida a los Días
30 years adding Life to Days



www.cudeca.org



DÉJADME HACER UNA PROPUESTA QUE
CONTRIBUIRÁ A MANTENER NUESTRA
CREDIBILIDAD PROFESIONAL :



AL PUBLICAR UN
ARTÍCULO, HACES DECLARACIÓN
DE CONFLICTOS DE
INTERÉS...¿NO?

PUES
CUANDO HAGAS UNA
PONENCIA O DES UNA
CHARLA A
PROFESIONALES
O LEGOS...
¡SÉ IGUAL DE
TRANSPARENTE!



Haz de tu primera diapositiva, un desnudo integral

Nos mueve... la esperanza de proporcionar un final de la vida digno, bajo cuidados integrales adecuados: alivio del sufrimiento, comunicación sincera, apoyo a la familia...



#maspaliativos14

Índice

Oncogeriatría y
cuidados
paliativos.



SAGG
Sociedad Andaluza
de Geriatría y Gerontología

A
Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
Escuela Andaluza de Salud Pública

1.ONCOGERIATRÍA

1.1.Evaluación del paciente mayor con cáncer.

2.CUIDADOS PALIATIVOS

2.1.DEFINIENDO

2.2.CUÁNDO

2.2.1.Criterios de terminalidad

2.3.CÓMO

2.3.1.Control de síntomas

2.3.2.Sufrimiento insoportable

2.4.LA OTRA DIMENSIÓN

ONCOGERIATRÍA

Oncogeriatría y
cuidados
paliativos.



NO A LA
GUERRA



Atlas TNM

Guía ilustrada de la clasificación TNM
y pTNM de los tumores malignos

Traducción de *TNM Atlas*, 5ª edición

¡CÓMO HEMOS CAMBIADO!

Sistema de estadificación TNM

T (tumor primario): indica la diseminación del tumor primario.

- T0: cuando no hay evidencia de este (como en el cáncer de origen desconocido).
- Tx: si no se puede determinar su extensión.
- Tis: para referirse al carcinoma *in situ*.
- T1, T2, T3, T4: tamaño creciente o diseminación local del tumor primario.

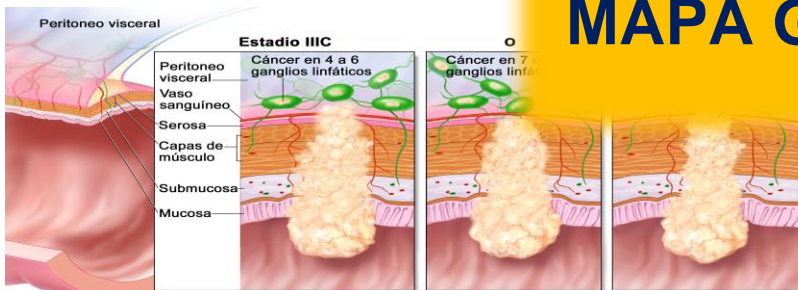
N (ganglios linfáticos regionales): indica la ausencia o presencia y diseminación de ganglios linfáticos regionales.

- Nx: es imposible valorar los ganglios linfáticos regionales.
- N0: sin metástasis de ganglios linfáticos regionales.
- N1, N2, N3: afectación creciente de los ganglios linfáticos regionales.

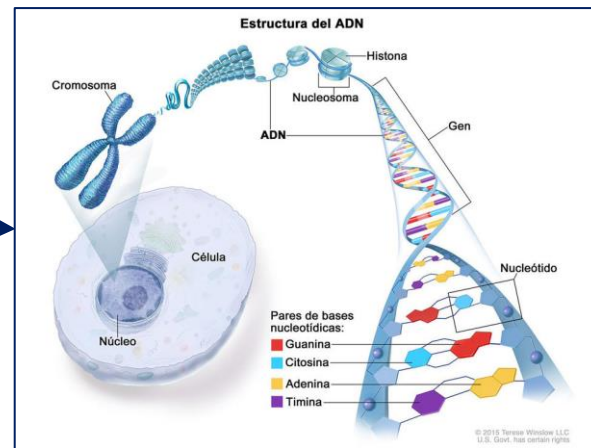
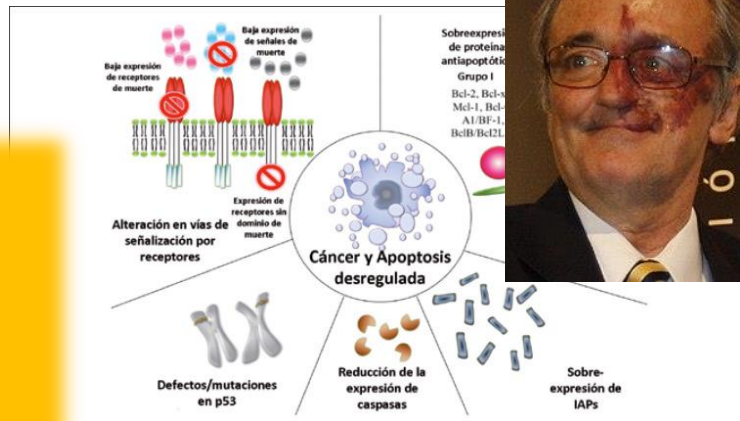
M (metástasis): indica la ausencia o presencia de metástasis distantes.

- Mx: es imposible valorar la presencia de metástasis distantes.
- M0: ausencia de metástasis distantes.
- M1: presencia de metástasis distantes.

EL CAMBIO DE PARADIGMA EN ONCOLOGÍA: DEL MODELO ANATÓMICO AL MAPA GENÉTICO



© 2013 Terese Winslow LLC
U.S. Gov't. All content rights





ARTÍCULO ESPECIAL

1.ª Reunión Nacional de Trabajo Multidisciplinar en Oncogeriatría:
documento de consenso

Existe **base científica** que apoya la necesidad de que el paciente anciano con cáncer que vaya a recibir un tratamiento oncoespecífico debe ser evaluado de forma específica mediante una **valoración geriátrica integral (VGI)**. *La VGI es una herramienta de valoración que evalúa de manera integral todos aquellos aspectos de la vida del paciente que pueden tener un impacto en el desarrollo de la enfermedad y en la respuesta al tratamiento.* La VGI será útil para detectar la posible presencia **de fragilidad**. Aunque la definición de fragilidad no está consensuada, se considera a aquel síndrome clínico, fruto de una disminución de las reservas fisiológicas, que condiciona una menor capacidad de respuesta al estrés y que se asocia a mayor riesgo de incapacidad y mayor morbimortalidad. Se ha demostrado que la fragilidad se relaciona con malos **resultados** terapéuticos.



ARTÍCULO ESPECIAL

1.ª Reunión Nacional de Trabajo Multidisciplinar en Oncogeriatría: documento de consenso

Tabla 2

Resumen de las principales conclusiones de la jornada

- En todo centro hospitalario donde se realizan tratamientos oncoespecíficos debería existir una comisión de Oncogeriatría
- La toma de decisión sobre el tratamiento a realizar en el paciente de edad avanzada debe realizarse en Comités organizados por patología
- Se recomienda la realización de un screening básico a todos los pacientes > 75 años con el fin de detectar aquellos pacientes que requieren valoración Geriátrica Integral (VGI)
- Este screening debe incluir una valoración de las condiciones de salud y sociofamiliar
- Es necesario consensuar las escalas de valoración a utilizar para poder diseñar y homogeneizar protocolos de actuación, y unificar bases de datos que nos permita analizar y extrapolar conclusiones
- Es necesario sensibilizar e implicar a profesionales de niveles asistenciales no hospitalarios en el proceso de evaluación y seguimiento

El performance Status (ECOG) NO es suficiente

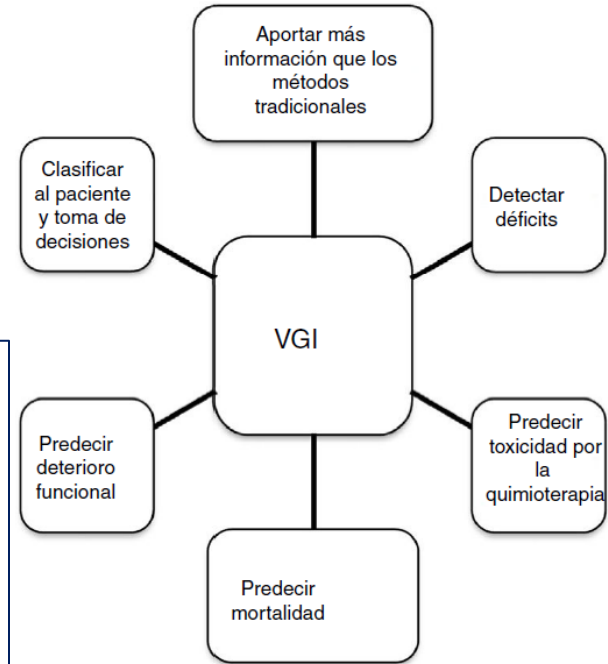


REVISIÓN

¿Cuál es el papel de la valoración geriátrica integral en Oncogeriatría?

María José Molina-Garrido^{1,a,*}, M. Carmen Soriano Rodríguez^b y Carmen Guillén-Ponce^c

La VGI es la principal herramienta de evaluación y de valoración del individuo de edad avanzada, y según la evidencia disponible, esta realidad se extiende también al paciente con diagnóstico de cáncer. Aunque sus aportaciones a la Oncogeriatría son numerosas, algunas de las más destacadas son su **capacidad predictora de toxicidad a la quimioterapia** y su capacidad **predictora de mortalidad**. Junto a estas, una de las aplicaciones más prácticas ha sido la clasificación del individuo en distintos grupos, que faciliten **la toma de decisiones**.



Utilidad de la valoración geriátrica integral en Oncogeriatría. VGI: valoración geriátrica integral.

TRATAMIENTO



**LA EDAD NUNCA ES UN
LIMITE PARA EL ACCESO A
LOS TRATAMIENTOS Y
FÁRMACOS INDICADOS**

CUIDADOS PALIATIVOS

Oncogeriatría y
cuidados
paliativos.

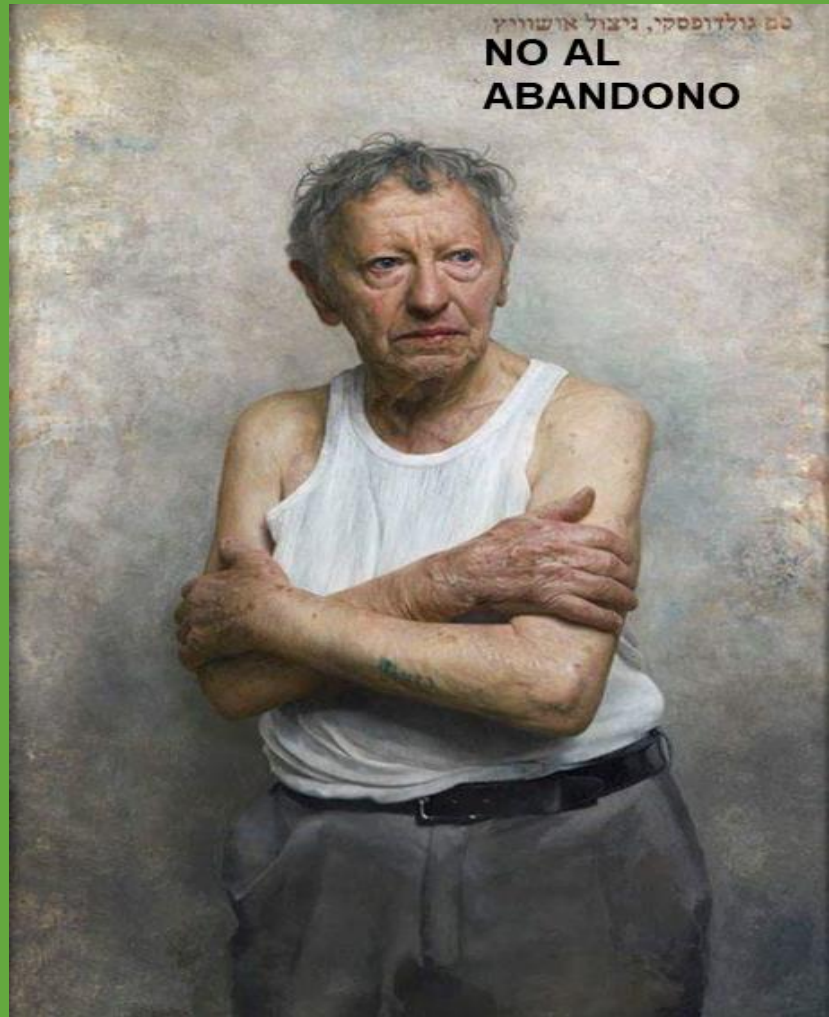



SAGG
Sociedad Andaluza
de Geriatría y Gerontología



Junta de Andalucía
Comisión de Salud y Bienestar
Promoción de la Salud Pública

בט גולדמסקי, ניצול אישוויץ
**NO AL
ABANDONO**



A surreal black and white image. In the center, a large, broken clock face is partially submerged in a dark, stormy sea. The clock face is cracked and shattering, with many pieces of debris floating in the air around it. A woman in a white dress is climbing a set of concrete steps that lead up to the base of the clock. The sky is dark and overcast, with a bright light source behind the clock, creating a dramatic silhouette effect. The overall mood is one of despair and hopelessness.

No hay nada más que hacer

42º CONGRESO SAGG Y
14º CONGRESO SACPA
SEVILLA 2022
(congresogeriatricapaliativa.com)

42º
Congreso
SAGG
Sociedad Andaluza de Geriatría
y Gerontología

14º
Congreso
SACPA
Sociedad Andaluza de
Cuidados Paliativos



“Mucho que hacer hasta el final”

4-5/noviembre
Hotel Sevilla Center

Sevilla2022

CUIDADOS PALIATIVOS

significan esperanza, dignidad,
elección y control



¿Qué son los cuidados paliativos? Definiendo

[Inicio](#) / [Blog](#) / [¿Qué son los cuidados paliativos?...](#)

“Es importante tener en cuenta que los cuidados paliativos se basan en la necesidad, no en el pronóstico”

1. Alusión a la necesidad de que las **“intervenciones deben estar basadas en la evidencia”**.
2. Alusión a la **toma de decisiones compartidas**: *“ayudándoles a ellos y a sus familias a determinar los objetivos de la asistencia”*.
3. Visión **transversal de la responsabilidad** de la asistencia en el final de la vida huyendo de una visión especializada exclusivamente: Pueden ser provistos por profesionales con formación básica en cuidados paliativos.
4. Alusión a la **complejidad** en cuidados paliativos como herramienta de **coordinación y ordenación de la asistencia**: Requieren cuidados paliativos especializados con un equipo multiprofesional para la derivación de casos complejos.

CUIDADOS PALIATIVOS

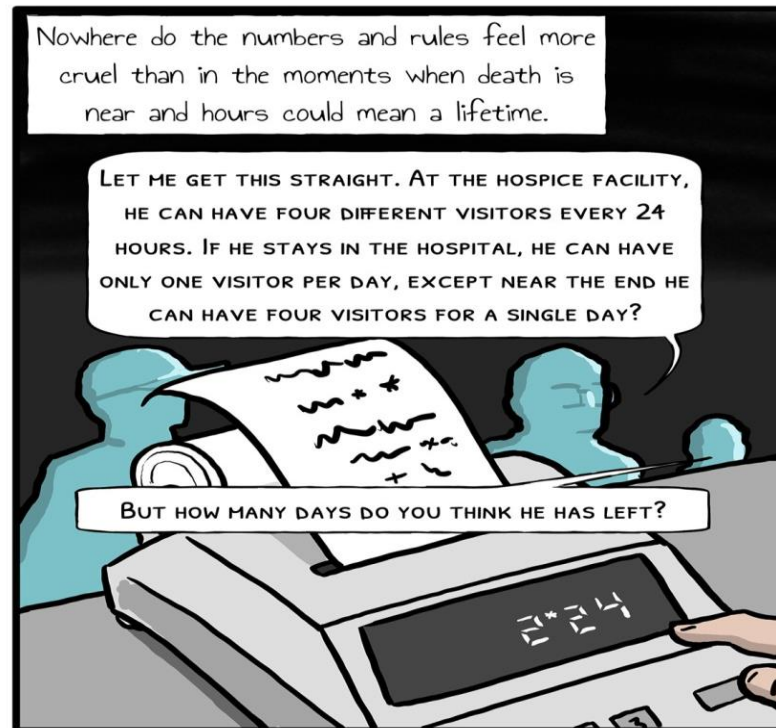


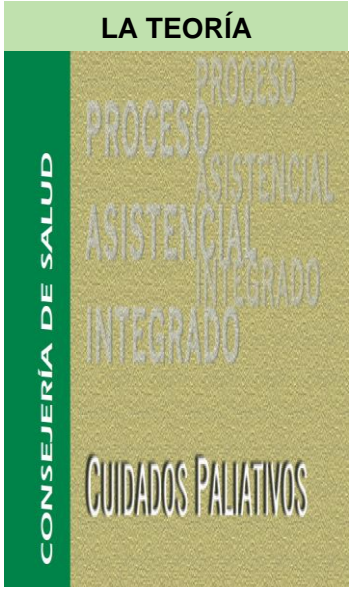
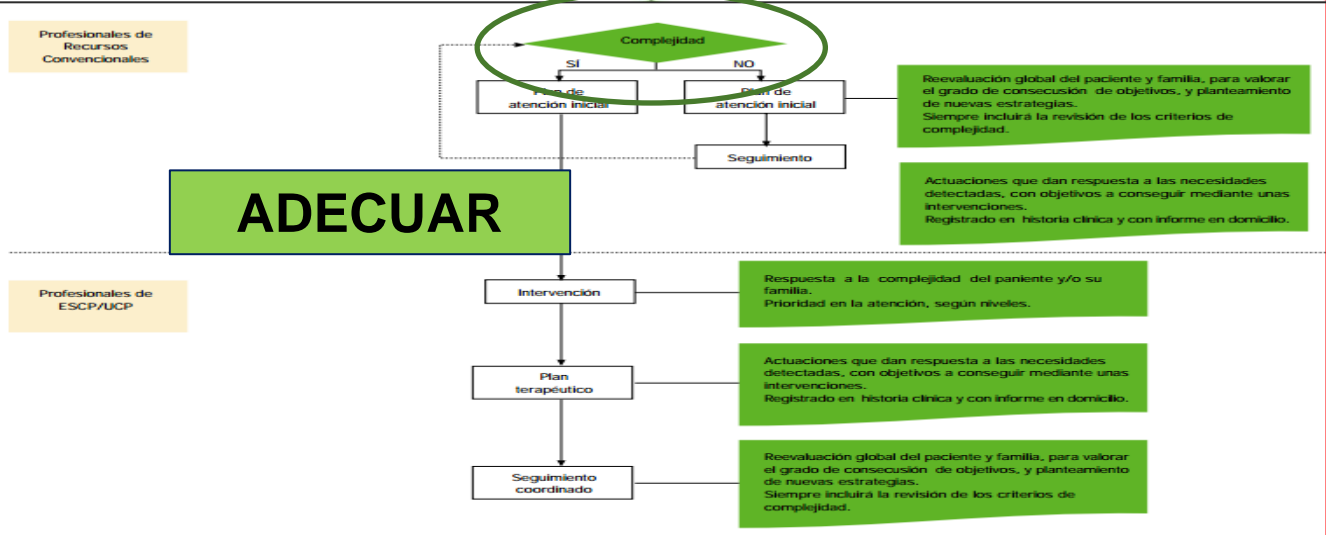
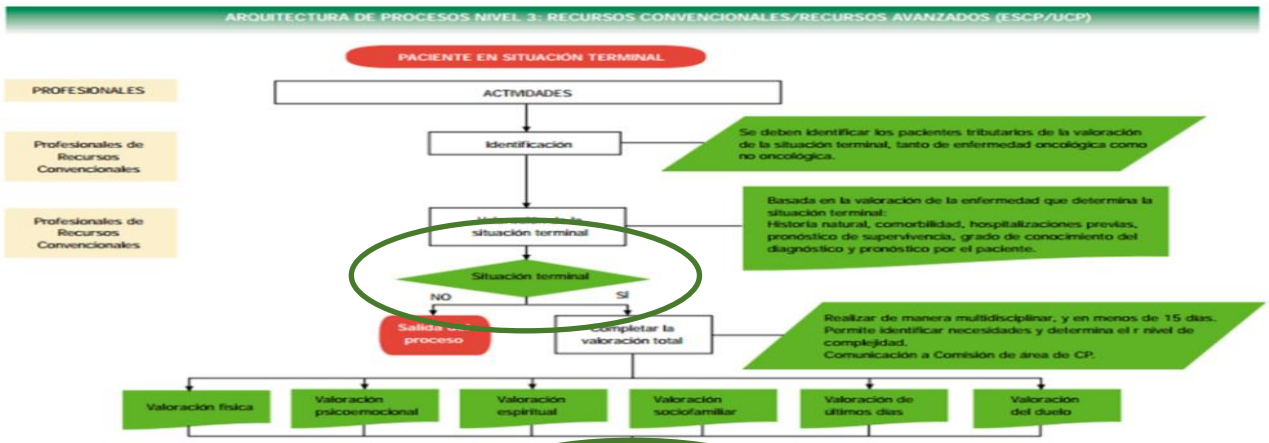
¿ENTONCES EL PRONÓSTICO IMPORTA O NO?



La cuestión del pronóstico

En ningún momento los números y las reglas se sienten más crueles que en el momento en que la muerte está cerca y las horas pueden significar toda la vida.







Cronicidad avanzada

Tabla I. Fases del framework de actuación para la toma de decisiones al final de la vida.

FASE	OBJETIVO/S	¿CÓMO HACERLO?
1. Identificación precoz de situación de final de vida (¿Podría ser que el paciente estuviera en situación de final de vida?)	Realizar cribado poblacional de personas con pronóstico de vida limitado y necesidades de atención paliativa, con el fin de iniciar un enfoque paliativo progresivo y no dicotómico	Esta identificación debería realizarse de forma proactiva, precoz y universal, por medio de instrumentos específicos diseñados para el cribado poblacional, entre los que podemos destacar el NECPAL CCOMS-ICO ⁶³ , el Prognostic Indicator Guidance (PIG) del Gold Standard Framework (GSF) o el Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)
2. Diagnóstico situacional (¿Qué le pasa al paciente? ¿Cuánta reserva tiene? ¿Qué necesidades presenta?)	2.1. Determinar en qué momento de su trayectoria vital se encuentra el paciente (¿Está en situación de últimos días?, ¿semanas?, ¿meses?, ¿algún año?) En la Figura 2: ¿está en A?, ¿en B?, ¿en C?, ¿en D?, ¿en E?, ¿o en F?	Para la valoración del grado de fragilidad , los profesionales llevan a cabo una evaluación multidimensional a partir del análisis del comportamiento estático (crit y dinámico (critérios de progresión) de las diferentes dimensiones que condicionan el pronóstico Esta valoración se puede realizar desde una perspectiva «cualitativa» (por ejemplo utilizando una valoración Geriátrica) o más «cuantitativa» (por ejemplo utilizando un índice de fragilidad ⁴)
	2.2. Detectar/valorar las necesidades del paciente y de su familia	Para la valoración de las necesidades es necesario un abordaje cualitativo, un contexto facilitador de una relación directa y dinámica entre los profesionales y los pacientes y familia/cuidadores
3. Toma de decisiones (¿Qué abordaje asistencial se debe plantear?)	Realizar un proceso de toma de decisiones de forma compartida (e idealmente anticipada)	Los pacientes y los profesionales realizan un proceso interactivo para consensuar objetivos y desarrollar un plan de atención y seguimiento

Gravedad Vs Progresión

ADECUAR

“Es importante tener en cuenta que los cuidados paliativos se basan en la necesidad, no en el pronóstico”

LOS CUIDADOS SIEMPRE SON NECESARIOS

Fundamentos de la evaluación en CP

- Es válida si orienta el diagnóstico y ayuda a formular objetivos y a tomar decisiones.
- El instrumento debe basarse en el objeto a medir.
- El evaluador debe estar cerca del fenómeno a medir.
- Debe ser cómodo para paciente y equipo.
- Debe facilitar el cruce de información.

Dificultades de la evaluación en Cuidados Paliativos

- Fragilidad de los enfermos
- Déficits sensoriales/cognitivos
- Falta de motivación
- Escaso tiempo?
- La subjetividad del fenómeno
- El vínculo que crea

F. Nacimiento: [redacted] Edad: 72 Provincia: Málaga
Datos del informe
Fecha Ingreso: 22/02/2022 Fecha Alta: 24/02/2022
Procedencia: Unidad de Hepatología Destino: Traslado
Médico de Familia: [redacted] Centro de Salud Asociado: [redacted]

Motivo de consulta

Cirrosis y ascitis.

Antecedentes

Personales:

NAMC.
DM TIPO 2
No HTA
Dislipemia
No fumador. Niega consumo de alcohol
Artritis gotosa
Situación basal. Dependiente para el vestido y la ducha. No sale solo de su domicilio
Ingreso en enero 2022 por descompensación hidrópica diagnosticando cirrosis con HTP y varices esofágicas grande, iniciado profilaxis primaria con ebta-bloqueante (propranolol 20/12).
Tratamiento
Dieta rica en fibra y de Diabetes Mellitus.
Medicación:
**Propranolol 20mg 1 comprimido cada 12 horas (1-0-1)
**Espironolactona 100mg 1 comprimido por la mañana y otro a medio día (1-1-0)
**Furosemida 40mg, 1 comprimido al día hasta revisión en consulta (1-0-0)
**Norfloxacino 500 mg/día (1-0-0) hasta cita en consulta
**Lactulosa entre 1-3 sobres al día para conseguir entre 1-2 deposiciones al día pastosas. Retirará Aspirina de su tratamiento.
Resto, como venía realizando;
Omeprazol 20 mg: 1 cápsula cada 24 h. Repaglinida 2 mg: 1 comprimido cada 8 horas. Simvastatina 20 mg: 1 comprimido cada 24 horas. Vildagliptina 50 mg: 1 comprimido cada 12 horas.

de Paz
ARTROSI
ARTROSIS RODILLO
ELICORUM
MEMB
COND

¿VARICES REDUCIBLES?

¿TIEMPO?

Enfermedad Actual

Anamnesis:

PACIENTE DEPENDIENTE (CAMA), TRAIDO EN AMBULANCIA.
Derivado de planta de hospitalización de medicina Interna con diagnóstico de Hepatopatía crónica;

HTP moderada con gastropatía secundaria/ Varices esofágicas (2 grandes, 1 pequeña).
Descompensación hidrópica. Ascitis moderada-severa GASA >1.1
Probable descompensación secundaria a proceso neumónico
El 10/2 volvió a acudir a urgencias por nueva descompensación, requiriendo paracentesis.
El paciente refiere malestar general, náuseas y vómitos.
Actualmente no presenta ascitis ni edemas en relación con paracentesis reciente y aumento de diuréticos.

Vida cama (sillón sólo ocasional) desde hace 2 años.

Exploración:

C y O. Bradipsiquia.
No asterixis.
No ascitis ni edemas.
No ictericia.

← DESQUILIBRO
¿¿¿?
→ NO CONVENCERAS CON AP
¿ORIGEN DEPTORACAS?

Palliative Prognostic Index (PPI)

♥ Predicts survival in terminally ill patients based on five

Purpose ▾

Scoring ▾

1 Palliative Performance Scale

- 10-20 (+4)
- 30-50 (+2.5)
- >60 (0)

2 Oral Intake

- Severely Reduced (< mouthfuls) (+2.5)
- Moderately Reduced (> mouthfuls) (+1)
- Normal (0)

3 Oedema

- Present (+1)
- Absent (0)

4 Dyspnoea at rest

- Present (+3.5)
- Absent (0)

5 Delirium

- Present (+4)
- Absent (0)

Calculate

Reset

Palliative Prognostic Index

Predice la supervivencia en pacientes oncológicos en fase terminal basándose en la puntuación en la Palliative Performance Scale, y en otros cuatro síntomas clínicos: ingesta oral, edema, disnea en reposo y delirio:

- Palliative Performance Scale: 10-20 (+4), 30-50 (+2.5), >60 (0);
- Ingesta oral: Muy reducida (+2,5), Moderadamente reducida (+1), Normal (0);
- Edema: Presente (+1), Ausente (0);
- Disnea en reposo: Presente (+3,5), Ausente (0);
- Delirio: Presente (+4), Ausente (0).

El PPI puede predecir de forma aceptable si un paciente sobrevivirá o no >3 o >6 semanas.

Los valores del PPI oscilan entre 0 y 15, con la indicación de que las puntuaciones superiores a 6 suponen una supervivencia inferior a tres semanas (Sensibilidad - 80%; Especificidad - 85%).

La existencia de enfermedades concomitantes no se ha tenido en cuenta en la construcción de la mayoría de las puntuaciones de pronóstico de supervivencia, aunque las enfermedades agudas concomitantes pueden influir en la puntuación y la supervivencia.

El instrumento SPIC-ES nos ayuda a identificar a las personas más frágiles que tienen uno o más problemas de salud. Este grupo de personas necesitan más ayudas y cuidados en la actualidad y un plan de cuidados en el futuro. Haga las siguientes preguntas:

¿La persona presenta signos sugestivos de mala salud o deterioro?

- Ingreso(s) urgente(s) no planeado(s) al hospital.
- En general, su salud es mala o se está deteriorando: el individuo nunca termina de recuperarse completamente. (Esto puede significar que la persona tendrá menor capacidad de autocuidado y con frecuencia se quedará en la cama o en una silla más de la mitad del día.)
- Necesita ayuda de otras personas para su cuidado debido a un incremento de problemas de salud a nivel físico o mental. El cuidador necesita más ayuda y soporte.
- Durante los últimos meses, ha perdido una cantidad notable de peso o se ha mantenido por debajo del peso apropiado (situación de bajo peso).
- Padece síntomas persistentes durante la mayor parte del tiempo a pesar de recibir un correcto tratamiento para sus problemas de salud.
- La persona (o la familia) pide cuidados paliativos: opta por reducir, detener o no recibir tratamiento; o desea centrarse en la calidad de vida.

¿Puede la persona alguno de estos problemas de salud?

Cáncer Menor capacidad de realizar actividades cotidianas y con frecuencia a empeorar. Se anticipa no se agotará recibir tratamiento específico para el cáncer o se tratamiento otra para ayudar a controlar los síntomas.	Problemas de corazón y circulación Necesita oxígeno o episodio de dolor torácico severo. Sensación de ahogo en reposo o cambiando poco peso o bajar de peso. Más ansiedad en las piernas, la cirugía no es posible.	Problemas de riñón Deterioro global en contexto de empeoramiento de la función renal. Está obligado de recibir hemodiálisis o diálisis, no se agotará a disminuir recibir tratamiento de apoyo.
Demencia/ fragilidad Incapaz de vestirse, caminar o comer sin ayuda. Come y bebe menos, tiene dificultades para tragar. Ha perdido el control de esfínteres (vejiga e intestino). Ha perdido la capacidad de hablar. Ha necesidad demencia por días o semanas.	Problemas pulmonares Presenta problemas respiratorios de larga evolución. Sensación de ahogo en reposo o cambiando poco peso o bajar de peso en situación basal. Necesita usar oxígeno durante la mayor parte del día y la noche. En el hospital ha necesitado de soporte ventilatorio mecánico.	Problemas de hígado En el último año sus problemas de hígado han empeorado, aparecen complicaciones como las siguientes: • Aumento del tamaño de la barriga por presencia de líquidos. • En ocasiones sobre coloración. • Mal funcionamiento de los riñones. • Infecciones. • Sangrado desde la garganta. El transporte de hígado no es posible.
Enfermedades del sistema nervioso Enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, enfermedad cerebrovascular (enfermedad de Alzheimer). Su salud física y mental está empeorando. Más problemas para hablar y comunicarse. Se queda más trágico. Infecciones repetidas o recurrentes, problemas repetitivos. Empeora o avanza con planes de movimiento y discapacidad permanente.	Otras situaciones Personas de edad de salud y que pueden morir de estos problemas de salud o complicaciones. No están tratamientos disponibles o que funcionan para ellos.	

¿Qué podemos hacer para ayudar a estas personas y sus familias.

- El equipo indicará que la persona o la familia quiere o por que es importante hacer un plan de cuidados.
- Para ayudar y consejo, asesoramiento, reducir o otros profesionales que puedan valorar a la persona y a su familia y ayudar en la elaboración de un plan de cuidados.
- Podemos revisar la medicación de la persona y otros tratamientos que recibe para asegurarnos que el sistema ofrece la mejor atención, o podemos pedir consejo de un especialista si sus problemas son complicados o difíciles de manejar.
- Es necesario explicar con anticipación si la persona puede perder la capacidad para tomar decisiones en el futuro.
- Hacer un registro de su plan de cuidados y compartirlo con la gente que necesita conocerlo.



Instrumento Indicador de Cuidados Paliativos y de Soporte (SPICT-4ALL-ES™)

El instrumento SPIC-ES™ nos ayuda a identificar a las personas más frágiles que tienen uno o más problemas de salud. Este grupo de personas necesitan más ayudas y cuidados en la actualidad y un plan de cuidados en el futuro. Haga las siguientes preguntas:

¿La persona presenta signos sugestivos de mala salud o deterioro?

- Ingreso(s) urgentes/ no planeado(s) al hospital.
- En general, su salud es mala o se está deteriorando: el individuo nunca termina de recuperarse completamente. (Esto puede significar que la persona tendrá menos capacidad de autocuidado y con frecuencia se quedará en la cama o en una silla más de la mitad del día.)
- Necesita ayuda de otras personas para su cuidado debido a un incremento de problemas de salud a nivel físico o mental. El cuidador necesita más ayuda y soporte.
- Durante los últimos meses, ha perdido una cantidad notable de peso o se ha mantenido por debajo del peso apropiado (situación de bajo peso).
- Padece síntomas persistentes durante la mayor parte del tiempo a pesar de recibir un correcto tratamiento para sus problemas de salud.
- La persona (o la familia) pide cuidados paliativos: opta por reducir, detener o no recibir tratamiento; o desea centrarse en la calidad de vida.

<https://www.spict.org.uk/>

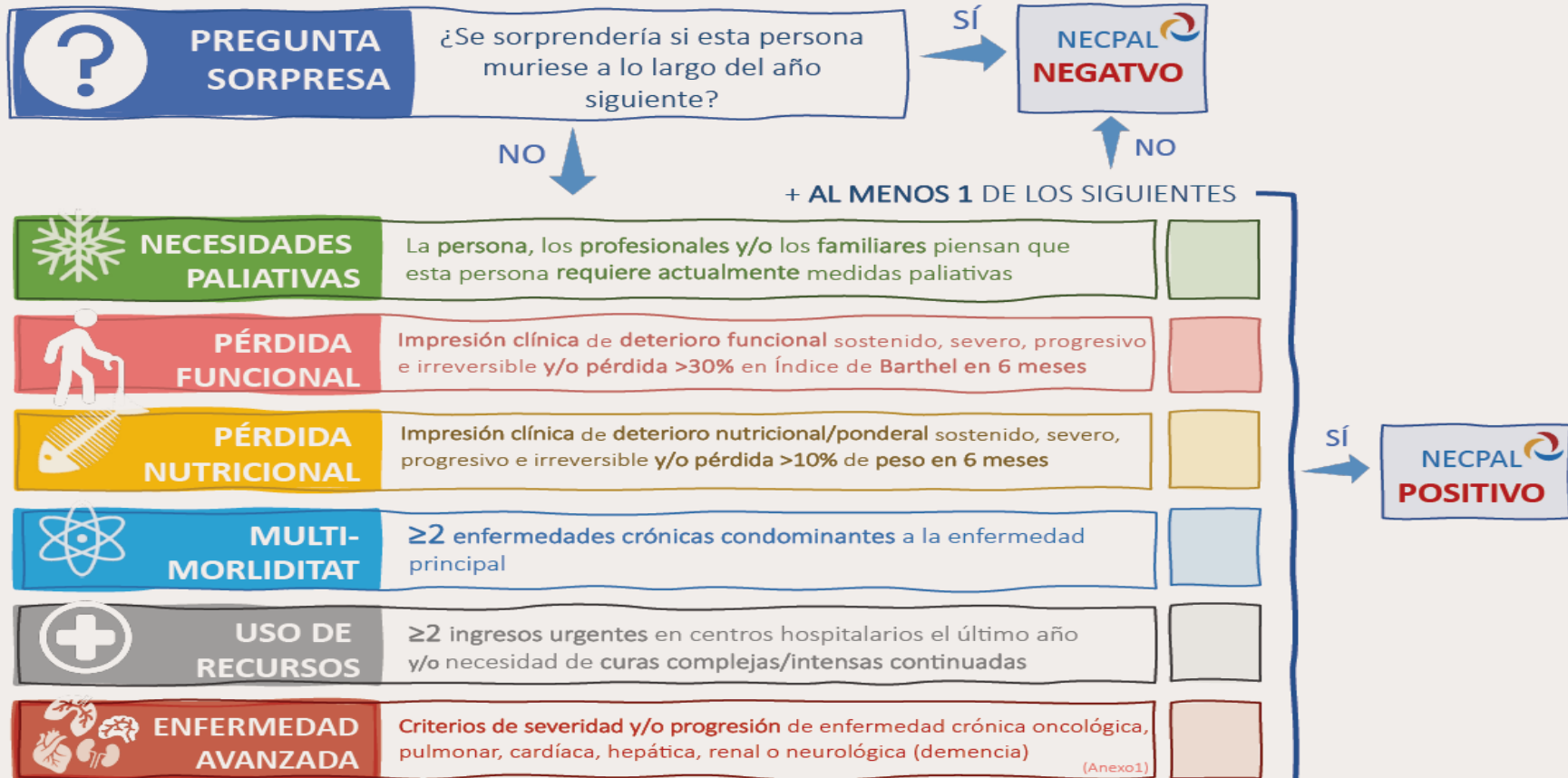


Figure 1: The three main trajectories of decline at the end of life

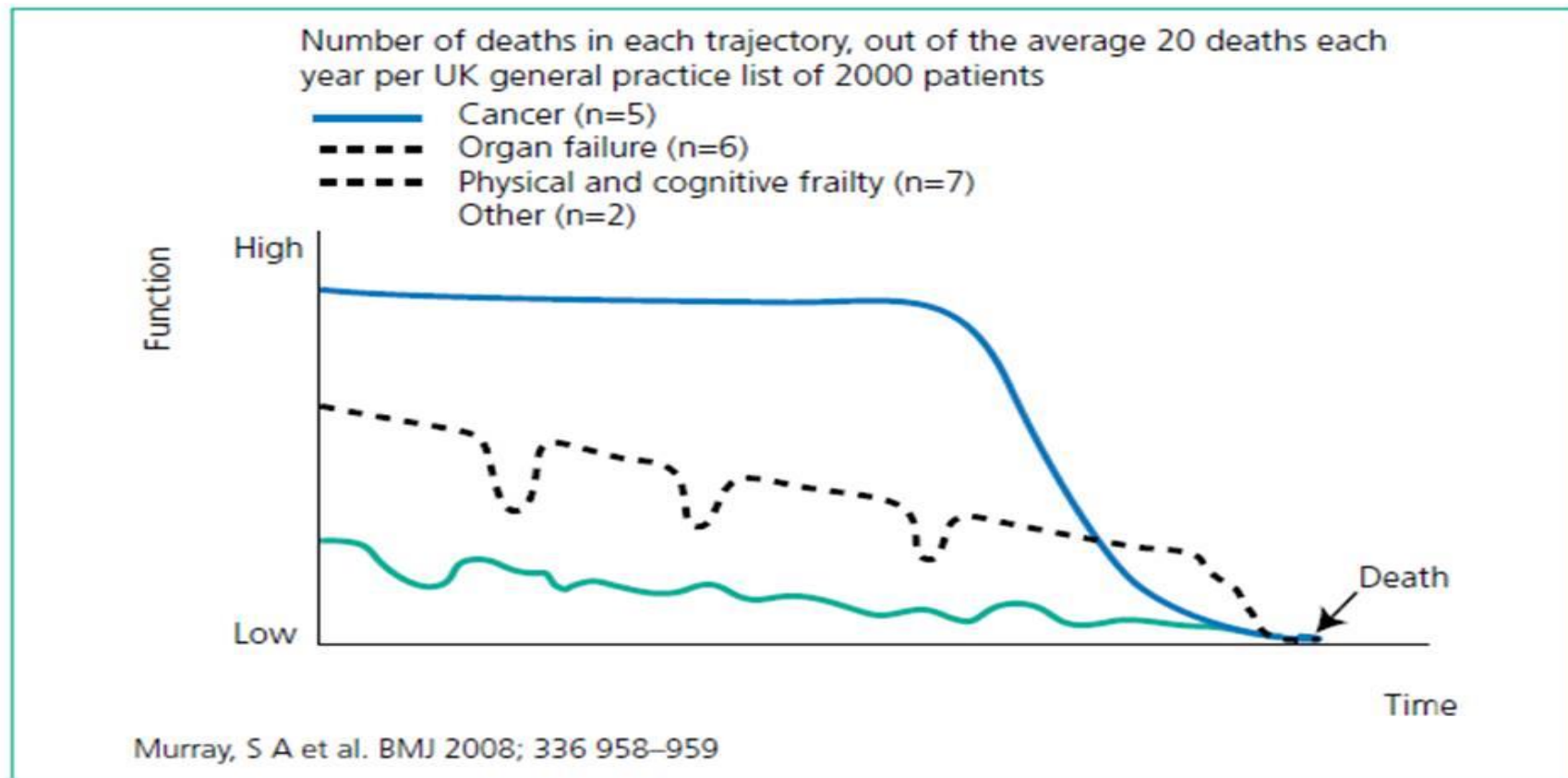
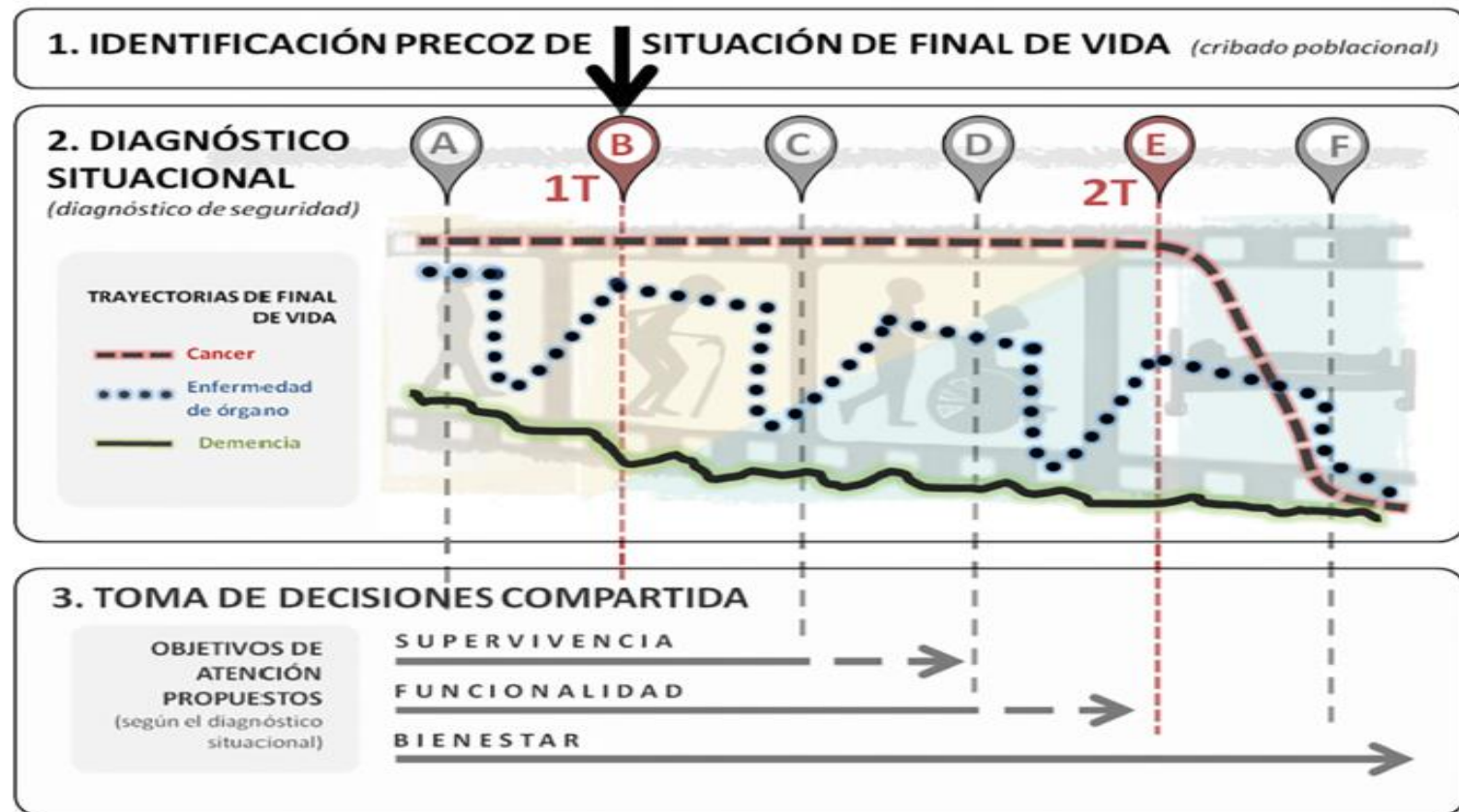


Figura 2. Modelo (framework) para la identificación precoz, diagnóstico situacional y toma de decisiones compartida al final de la vida.



1T: primera transición. 2T: segunda transición.

¿ POR O PARA
QUÉ ?

The GSF Prognostic Indicator Guidance

The National GSF Centre's guidance for clinicians to
support earlier recognition of patients nearing the end of life

Predicting needs rather than exact prognostication.

This is more about meeting needs than giving defined timescales. The focus is on anticipating patients' likely needs so that the right care can be provided at the right time. This is more important than working out the exact time remaining and leads to better proactive care in alignment with preferences.

CUIDADOS PALIATIVOS

Oncogeriatría y
cuidados
paliativos.



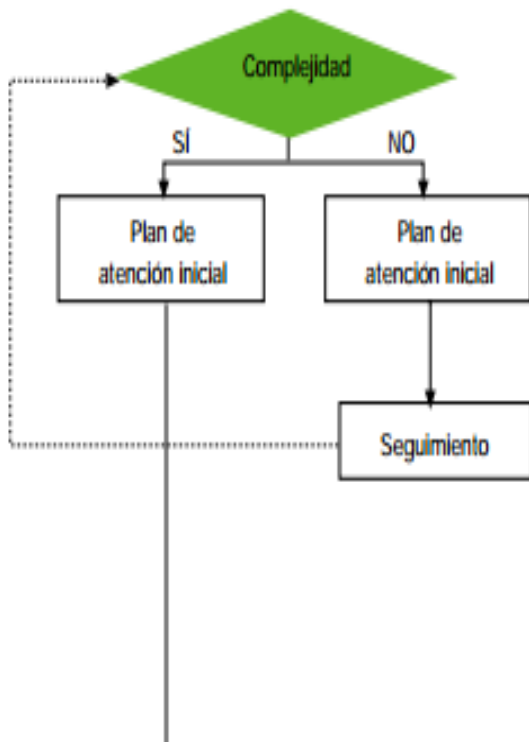
¿CÓMO?

Complejidad de la atención al enfermo en situación terminal

- Presencia de dolor total.
- Anticipo de una muerte segura.
- Impacto emocional.
- Exigencia de un **ajuste de las medidas** terapéuticas para una atención integral de calidad: técnica, humana y completa.

ADECUAR

Profesionales de
Recursos
Convencionales



Reevaluación global del paciente y familia, para valorar el grado de consecución de objetivos, y planteamiento de nuevas estrategias.
Siempre incluirá la revisión de los criterios de complejidad.

Actuaciones que dan respuesta a las necesidades detectadas, con objetivos a conseguir mediante unas intervenciones.
Registrado en historia clínica y con informe en domicilio.



IDC-Pal

Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos

Documento de apoyo al PAI Cuidados Paliativos

► IDC-Pal: Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos

	Elementos	Nivel de complejidad*	SI	NO	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Dependientes del paciente	1.1. Antecedentes	1.1a	Paciente es niño/a o adolescente	AC	
		1.1b	Paciente es profesional sanitario	C	
		1.1c	Rol socio-familiar que desempeña el/la paciente	C	
	1.2. Situación clínica	1.1d	Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C	
		1.1e	Paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C	
		1.1f	Enfermedad mental previa	C	
		1.2a	Síntomas de difícil control	AC	
		1.2b	Síntomas refractarios	AC	
		1.2c	Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC	
		1.2d	Situación de últimos días de difícil control	AC	
		1.2e	Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC	
		1.2f	Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C	
		1.2g	Trastorno cognitivo severo	C	
		1.2h	Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C	
		1.2i	Existencia de comorbilidad de difícil control	C	
		1.2j	Síndrome constitucional severo	C	
		1.2k	Difícil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C	
		1.3. Situación psico-emocional	1.3a	Paciente presenta riesgo de suicidio	AC
1.3b	Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte		AC		
1.3c	Paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual		AC		
1.3d	Conflicto en la comunicación entre paciente y familia		C		
1.3e	Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico		C		
1.3f	Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo		C		
2. Dependientes de la familia y el entorno	2.a	Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores	AC		
	2.b	Familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado	AC		
	2.c	Familia disfuncional	AC		
	2.d	Claudicación familiar	AC		
	2.e	Duelos complejos	C		
2.f	Limitaciones estructurales del entorno	AC			
3. Dependientes de la organización sanitaria	3.1. Profesional/Equipo	3.1a	Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC	
		3.1b	Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C	
		3.1c	Dificultades para la indicación y/o manejo de intervenciones	C	
	3.2. Recursos	3.1d	Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C	
		3.2a	Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio	C	
		3.2b	Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas	C	

*Nivel de complejidad C: Elemento de Complejidad AC: Elemento de Alta Complejidad

Situación: No compleja Compleja Altamente Compleja

Intervención de los recursos avanzados/específicos: Sí No

Es el momento de saber qué hacer



Figura 4. Elementos para la toma de decisiones

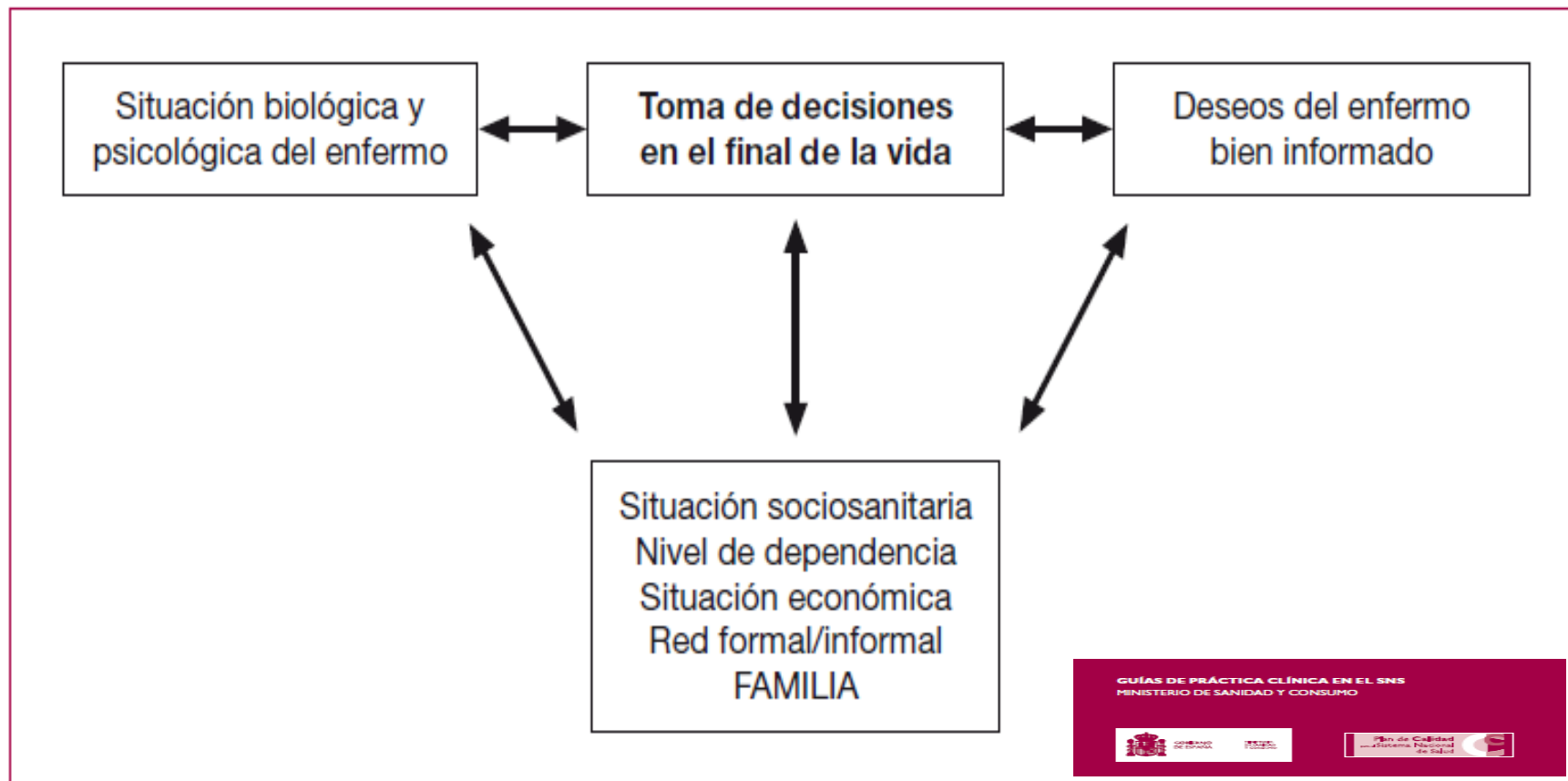


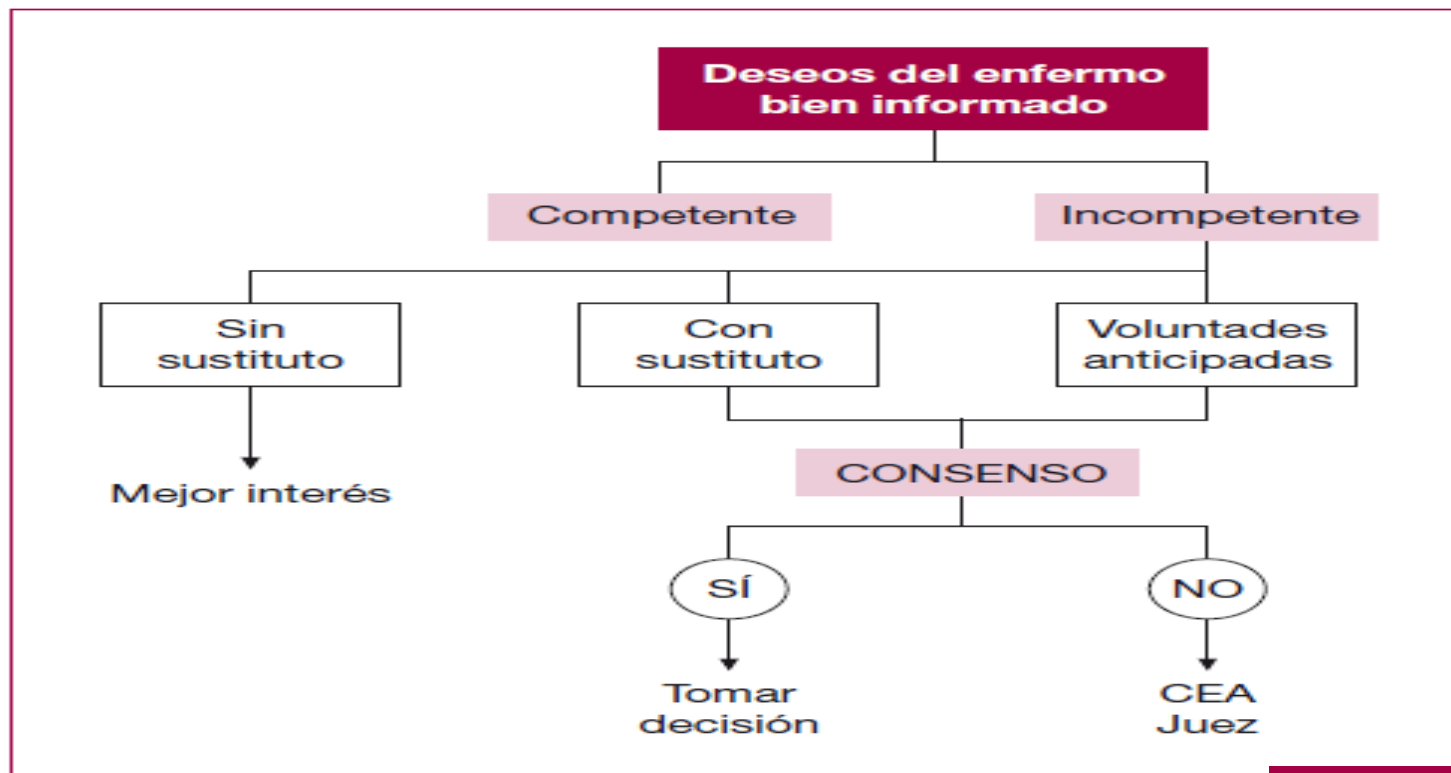
Tabla 1. Elementos de la toma de decisiones en la FFV

1. Determinación de la situación biológica, psicológica, sociosanitaria y familiar del enfermo.
2. Evaluación de los tratamientos en base a la evidencia científica disponible, con los **criterios de proporcionalidad, futilidad y calidad de vida.**
3. Consideración de que la toma de decisiones es un **proceso gradual y continuo** para el que debe contarse **con la participación del enfermo** o de sus representantes.
4. Garantía de que el **proceso de comunicación es el adecuado.**
5. Suministro de una **información completa**, que incluya las opciones terapéuticas disponibles, sus beneficios, y los riesgos e inconvenientes esperados.
6. Evaluación de la **competencia del enfermo.**

Tabla 1. Elementos de la toma de decisiones en la FFV

7. En el caso del paciente competente, confirmación de sus deseos y sus preferencias; es **recomendable compartir la información y la decisión con la familia.**
8. En el caso del paciente no competente...(VER CUADRO)
9. En el caso de que al profesional sanitario se le planteen dudas relacionadas con la decisión a tomar (idoneidad de las opciones que se proponen, competencia del enfermo, discrepancias con el representante, etc.), se recomienda la **valoración por otros profesionales expertos o por comités de ética asistencial.**
10. Información de la decisión al **equipo sanitario.**
11. Registro del proceso de la toma de decisiones en la **historia clínica.**

Figura 5. Toma de decisiones en el paciente incompetente



<https://www.uclahealth.org/ethics-center/Workfiles/POLST-Form-Spanish.pdf>

<http://polst.org/>



EMSA #111 B
(En vigor a partir del 1/1/2016)*

Órdenes médicas para el mantenimiento de la vida (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

Primero siga estas órdenes. Luego comuníquese con el médico/NP/PA. Una copia firmada de las POLST es una orden médica legalmente válida. Cualquier sección que no esté llenada implica tratamiento completo para esa sección. **Las POLST son un complemento a una directiva anticipada y no tienen el objetivo de reemplazar ese documento.**

Apellido del paciente:	Fecha de preparación del formulario:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Segundo nombre del paciente:	Nº de registro médico: (opcional)

A Resucitación cardiopulmonar (RCP): *Si el paciente no tiene pulso y no está respirando. Si el paciente NO está sufriendo un paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en las secciones B y C.*

Marque uno Intentar resucitación/RCP (Si selecciona RCP en la sección A tíene que seleccionar Tratamiento completo en la sección B) No intentar resucitación/DNR (permitir la muerte natural)

B Intervenciones médicas: *Si el paciente se encuentra con pulso y/o está respirando.*

Marque uno **Tratamiento completo** – el objetivo primario es prolongar la vida por cualquier medida que sea eficaz desde el punto de vista médico. Además del tratamiento descrito en Tratamiento selectivo y Tratamiento enfocado en la comodidad, usar entubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión según sea indicado. *Tratamiento completo durante un período de prueba.*

Tratamiento selectivo – el objetivo es tratar los problemas médicos y evitar las medidas onerosas. Además del tratamiento descrito en Tratamiento enfocado en la comodidad, usar tratamiento médico, antibióticos intravenosos y fluidos intravenosos según sea indicado. No entubar. Se puede usar presión positiva no invasora en las vías respiratorias. Evitar en general los cuidados intensivos. *Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.*

Tratamiento enfocado en la comodidad – el objetivo primario es maximizar la comodidad. Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicación por cualquier medio necesario; usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No usar los tratamientos indicados en Tratamiento completo y Tratamiento selectivo a menos que sean consecuentes con el objetivo de comodidad. *Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.*

Órdenes adicionales: _____

C Nutrición administrada artificialmente: *Ofrecer alimentos por boca, si es posible y deseado.*

Marque uno Administrar nutrición artificial a largo plazo, incluyendo la alimentación por tubo. Órdenes adicionales: _____ Período de prueba de nutrición artificial, incluyendo la alimentación por tubo. _____ No administrar nutrición por medios artificiales, incluyendo la alimentación por tubo. _____

D Información y firmas:

Hablado con: Paciente (paciente tiene capacidad de hacerlo) Encargado de tomar de Directiva anticipada con fecha _____, disponible y revisada → Agente para la atención de la s Directiva anticipada no está disponible directiva anticipada: Nombre: _____ No hay una directiva anticipada Teléfono: _____

Firma del médico / Enfermera con práctica médica (NP) / Asistente médico profes
Mi firma a continuación indica que a mi mejor saber y entender estas órdenes son consecuentes con el estado médi

Nombre del médico/NP/PA en letra de molde: _____ N.º de teléfono del médico/NP/PA: _____ N.º de Cert _____

Firma del médico/NP/PA: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Fecha: _____

Firma del paciente o encargado de tomar decisiones reconocido legalmente
Sé que este formulario es voluntario. Al firmar este formulario, el encargado de tomar decisiones reconocido legalme relativo a medidas de resucitación es consecuente con los deseos conocidos y el mejor interés del individuo que es

Nombre en letra de molde: Firma: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Relación con el paciente: _____

Firma: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Fecha: _____

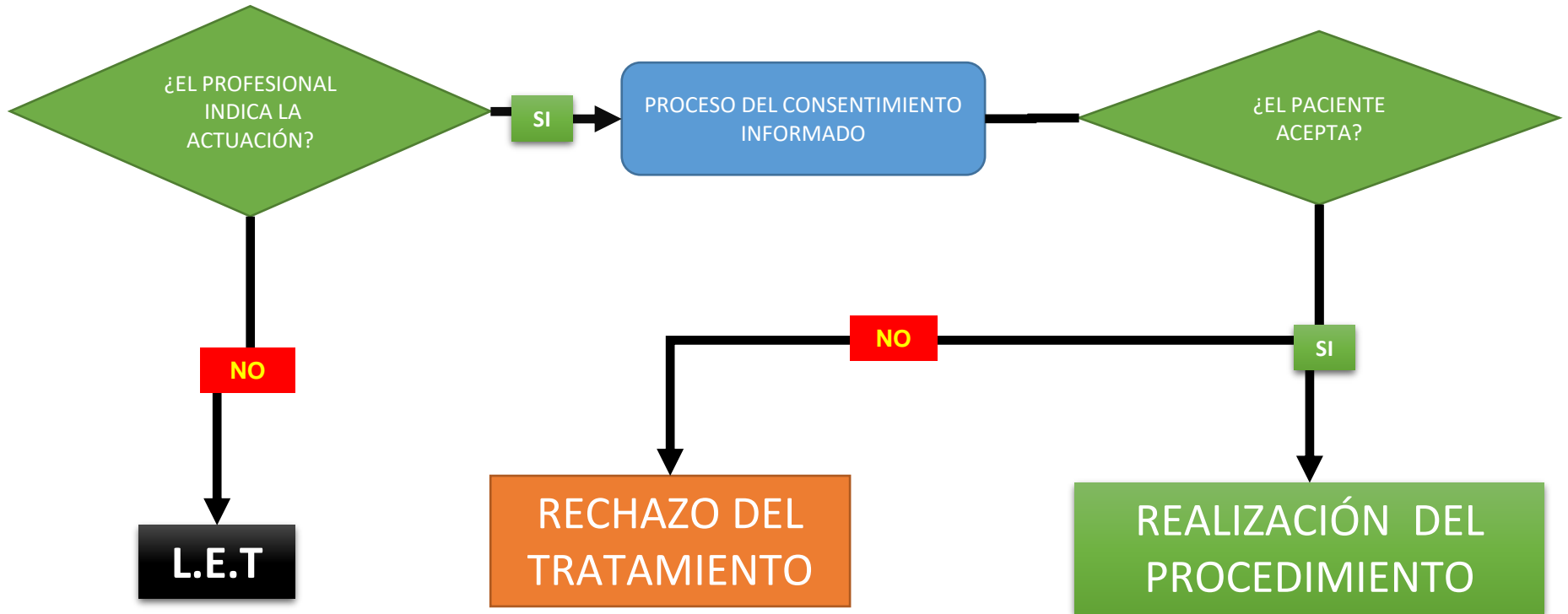
Dirección postal (calle/ciudad/estado/código postal): _____ Número de teléfono: _____

FOR REGISTRY USE ONLY/
PARA USO EXCLUSIVO
DEL REGISTRO

*Hace falta saber más medicina para
saber lo que no hay que hacer, que
para saber lo que hay que hacer.*

(José Enrique Núñez Pérez)

TOMA DE DECISIONES CLÍNICA HABITUAL



SIEMPRE MANTENER LOS CUIDADOS BÁSICOS Y DE CONFORT

Reglas para no realizar un procedimiento

- a) Si es **innecesario**, es decir, cuando el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillo.
- b) Si es **inútil** porque el enfermo está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento.
- c) Si es **inseguro** porque sus complicaciones sobrepasan el posible beneficio.
- d) Si es **inclemente** porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena para justificar la intervención.
- e) Si es **insensato** porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas.



CUIDADOS PALIATIVOS

**CONTROL DE
SÍNTOMAS**

**Oncogeriatría y
cuidados
paliativos.**



SAGG
Sociedad Andaluza
de Geriatría y Gerontología



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
Escuela Andaluza de Salud Pública

Tabla 2. Prevalencia de síntomas según tipo de paciente en CP

Síntomas*	Cáncer	SIDA	Insuficiencia cardiaca	EPOC	Enfermedad renal
Dolor	35%-96% N = 10.379	63%-80% N = 942	41%-77% N = 882	34%-77% N = 372	47%-50% N = 370
Depresión	3%-77% N = 4.378	10%-82% N = 616	9%-36% N = 80	37%-71% N = 150	5%-60% N = 956
Ansiedad	13%-79% N = 3.274	8%-34% N = 346	49% N = 80	51%-75% N = 1.008	39%-70% N = 72
Confusión	6%-93% N = 9.154	30%-65% N = ?	18%-32% N = 343	18%-33% N = 309	—
Astenia	32%-90% N = 2.888	54%-85% N = 1.435	69%-82% N = 409	68%-80% N = 285	73%-87% N = 116
Disnea	10%-70% N = 10.029	11%-62% N = 504	60%-88% N = 948	90%-95% N = 372	11%-62% N = 334
Insomnio	9%-69% N = 5.606	74% N = 504	36%-48% N = 146	55%-65% N = 150	31%-71% N = 351
Náuseas	6%-68% N = 9.140	43%-49% N = 689	17%-48% N = 146	—	30%-43% N = 362
Estreñimiento	23%-65% N = 7.602	34%-35% N = 689	38%-42% N = 80	27%-44% N = 150	29%-70% N = 483
Diarrea	3%-29% N = 3.392	30%-90% N = 504	12% N = 80	—	21% N = 19
Anorexia	30%-92% N = 9.113	51% N = 504	21%-41% N = 146	35%-67% N = 150	25%-64% N = 395

* Porcentaje y número total de pacientes evaluados por cada síntoma.

Principios del Control de Síntomas

Cuidados paliativos Control de síntomas

Marcos Gómez Sancho y Manuel Ojeda Martín

Unidad de Medicina Paliativa

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
Las Palmas de Gran Canaria

- 1. Evaluar antes de tratar**, en el sentido de evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto. (Ejemplo: disnea por infiltración del parénquima y/o derrame pleural y/o anemia, etc.). Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.
- 2. Explicar las causas** de estos síntomas en términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar.
- 3. La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta**, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma, que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas.
- 4. El tratamiento siempre ha de ser individualizado.** Discuta las opciones terapéuticas con el enfermo.
- 5. Monitorización de los síntomas** mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas, etc).

- 6. Atención a los detalles** para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican. Actitudes y conductas adecuadas por parte del equipo (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico, etc.) contribuyen no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además elevan el umbral de percepción del dolor por el enfermo.
- 7. Dar instrucciones correctas y completas sobre el tratamiento.**
- 8. Síntomas constantes, tratamiento preventivo.** Algunos síntomas en estos enfermos son permanentes.
- 9. Revisar, revisar y revisar.**
- 10. No limite los tratamientos al uso de fármacos.**

SEDACIÓN PALIATIVA

- **CUIDADOS PALIATIVOS NO ES SABER SEDAR**
- **NO SE SEDEN EN EL OTRO**
- **NI SEDEN A OTRO** (que no sea el paciente)
- **USAR SIEMPRE LA MISMA COMBINACIÓN = CÓCTEL MOLOTOV**
- **LA AGONÍA NO ES INDICACIÓN DE SEDACIÓN**

Síntoma refractario

No puede ser adecuadamente controlado
a pesar de intensos esfuerzos para hallar un tratamiento
tolerable durante un tiempo razonable



Para ser aliviado o controlado requiere la disminución del
nivel de conciencia del paciente

Síntoma refractario

**EXIGE DISPONIBILIDAD
DE MEDIOS
(conocimiento profesional es un medio)**

Síntoma refractario



Síntoma difícil

Síntoma difícil

Intervención terapéutica intensiva,
más allá de los medios habituales,
desde el punto de vista farmacológico,
instrumental y/o psicológico

ALGORITMO DE IDENTIFICACIÓN DE REFRACTARIEDAD DE SÍNTOMAS

¿Existen más
intervenciones capaces
de proporcionar mayor
alivio?

¿La morbilidad prevista
de la intervención es
tolerable para el
paciente?

¿Las intervenciones
propuestas
proporcionarán alivio
dentro de un marco de
tiempo razonable?

CUIDADOS PALIATIVOS

**SUFRIMIENTO
INSOPORTABLE**

**Oncogeriatría y
cuidados
paliativos.**



SAGG
Sociedad Andaluza
de Geriatría y Gerontología



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
Escuela Andaluza de Salud Pública

“El sufrimiento humano solo es intolerable cuando a nadie le importa”

Cicely Saunders



#maspaliativos14

LA OTRA DIMENSIÓN

TEMAS DE BIOÉTICA

Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras

Pablo Simón Lorda^a, Inés María Barrio Cantalejo^b, Francisco J. Alarcos Martínez^c, Javier Barbero Gutiérrez^d, Azucena Couceiro^d y Pablo Hernando Robles^f

^aEscuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

^bDistrito Sanitario Granada. Granada. España.

^cCátedra Andaluza de Bioética. Facultad de Teología. Granada. España.

^dHospital Universitario La Paz. Madrid. España.

^eFacultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

^fComplejo Hospitalario Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

La participación de Pablo Simón Lorda en la elaboración de este trabajo se realiza en el marco del Proyecto de Investigación FIS PI0690113 "Cochrane Review: Interventions in adult patients for preparing or using advance directives or advance care planning, for promoting shared decision making about end-of-life decisions"; la de Inés María Barrio Cantalejo, en el marco del Proyecto de Investigación FIS PI041847 "Efecto de una intervención educativa para mejorar la concordancia paciente-representante legal", y la de Azucena Couceiro, en el marco del Proyecto de Investigación HUM2005-02105/FIS0 del Ministerio de Educación y Ciencia "Racionalidad axiológica de la práctica tecnocientífica".

Correspondencia: P. Simón Lorda.

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Cuesta del Observatorio, 4. 18080 Granada. España.

Correo electrónico: pablo.simon.easp@juntadeandalucia.es

DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL

- Tiene derecho de ser tratado como un ser humano **vivo hasta el momento de su muerte.**
- Tiene el derecho de **mantener una esperanza**, cualquiera que sea ésta.
- Tiene el derecho de **expresar** a su manera sus **sentimientos y sus emociones** por lo que respecta al acercamiento de su muerte.
- Tiene el derecho de **obtener la atención** de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
- Tiene el derecho de **no morir solo.**
- Tiene el derecho de ser **liberado del dolor.**



DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL

- Tiene el derecho de obtener una **respuesta honesta**, cualquiera que sea su pregunta.
- Tiene el derecho de recibir **ayuda de su familia y para su familia** en la aceptación de su muerte.
- Tiene el derecho a **morir en paz y con dignidad**.
- Tiene el derecho a **conservar su individualidad** y de no ser juzgado por sus decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- Tiene el **derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes** que van a intentar comprender sus necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándole a enfrentarse con la muerte.
- Tiene el derecho de que **su cuerpo sea respetado después de su muerte**.



*AS 12/01:

- Bioquímica: glucosa 131, Cr 0.8, FG 89, Na 138, K 3.72, Ca corregido 9.5, LDH 2143, FA 153, BT 1.75, BD 0.78, PCR 65, ceruloplasmina 44
- Autoinmunidad y marcadores tumorales en curso
- Hemograma: Hb 11.1, VCM 89, plaquetas 143000, leucocitos 5320

*PCR-SARSCOV2 11/01: negativo

*Líquido ascítico 12/01:
hematies 1000, PMN 6%

*Ecocardiograma: VI no

contractilidad homogénea
V mitral con calcio en ar
relajación.

V aortica trivalva con ve
V tricúspide sin alteració
AI ligeramente dilatada
Pericardio normal.

*Ecografía abdominal: H

ecogenicidad discretamente
biliar intra ni extrahepát
Vesícula de tamaño nor
Venas suprahepáticas p
Bazo de tamaño aument
valorable por interposici
parénquima adecuados
signos de ectasia pieloc
Vejiga vacía. Se aprecia
severa.

Conclusión: Ascitis con e

*AS 14/01:

- Bioquímica: glucosa 123, Cr 0.84, FG 87, iones normales 1.82, BD 0.78, PCR 68
- Hemograma: Hb 12.5, VCM 88.5, plaquetas 175000, leu
- Coagulación: INR 1.3, TTPar 0.98

*AS 12/01: ANA, ANCA, Ac anti Músculo Liso, Ac anti Mito

parietales negativos.
** TC tórax-abdomen-pelvis: Hallazgos: TÓRAX: No se ol
mediastino ni en regiones axilares. No se aprecian alteraci
mediastínicas.

Se observan varios nódulos calcificados en LSD, compatibl
Condensación alveolar con broncograma aéreo en LII, que
Se aprecia un colapso parcial del LID y LM.

Lesión redondeada en la superficie cutánea de hemitórax
características benignas.

Ateromatosis calcificada aórtica difusa. ABDOMEN: Hígado
lóbulo caudado y del lóbulo hepático izquierdo, con una de
relación con hepatopatía crónica. Sin lesiones focales ni d
con litiasis y barro biliar.

Páncreas de tamaño normal, conducto pancreático de calid
de unos 5mm en unión de cabeza-cuerpo, sin significado p
(16cm) sin lesiones focales.

Porta de calibre normal, permeable, con formación de vari
Suprarrenales dentro de la normalidad. Se identifica área
izquierda, de aspecto mal definido, que parece correspond
Ambos riñones son de tamaño y morfología normal, sin sig
masas.

Vejiga repleta, con sondaje en su interior. Divertículo en s
captación en la cúpula vesical que coincide con la localizac
relación con manipulación.

Asas de delgado y colon sin alteraciones valorables salvo l

que podría estar en relación con signos de hipertensión portal.

Se observan adenopatías mesentéricas inferiores al centímetro, de aspecto reactivo. Se observan algunos ganglios retroperitoneales paraaórticos izquierdos de hasta 9mm.

Líquido libre en cuantía moderada perihepático, peresplénico, en ambas gotieras y pelvis.

Cambios óseos degenerativos vertebrales.

Conclusión: Condensación alveolar en LII, asociada a derrame pleural (valorar proceso neumónico con datos clínicos).

Signos de hepatopatía crónica con signos de hipertensión portal y líquido ascítico en cuantía moderad

* Analítica: 20/01/22: Hb 12.5. VCM 85.7. AP 73%. Urea 64. Creat 0.88. Bilirrubina total 1.04. GGT 146. ALT 27. Na 132. K 4.8. PCR 26.

* Serología CMV: IgG positiva. IgM dudosa positiva. Resto hepáticas IgM negativas.

* PCR SARSCOV2 20/01/22: Negativa.

*Gastroscoopia: 21/01/22: Esófago: Mucosa esofágica normal en tramos proximales. Desde tercio medio hasta transición de mucosas, se evidencian 2 cordones varicosos grandes que no se aplanan con la insuflación y uno más pequeño que sí aplanan. Ninguno de ellos presenta estigmas de sangrado reciente. Línea Z a nivel de la impronta. Estómago: Buena distensibilidad a la insuflación. Lago mucoso limpio. Mucosa con patrón reticulado en mosaico a nivel de cuerpo y fundus. En antro, la mucosa presenta eritema petequeal. Ambos hallazgos son compatibles con gastropatía de la HTP moderada. A la retroversión, no se objetivan varices esofágicas ni subcardiales. Duodeno: Sin hallazgos hasta 2º porción.

Diagnóstico endoscópico: VARICES ESOFÁGICAS (2 GRANDES Y 1 PEQUEÑA) SIN ESTIGMAS DE SANGRADO RECIENTE/ GASTROPATÍA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL MODERADA

Antígeno s del virus de la hepatitis B (HBsAg): No se detecta antígeno Ac. anti HBs: No se detecta anticuerpo (<10 UI/L) UI/L Ac. anti HBc: No se detecta anticuerpo Ac. anti Virus Hepatitis C: No se detecta anticuerpo

**ANALITICA 16/2/22:

HEMATIMETRÍA Hemoglobina: 12.0 g/dl , Plaquetas (recuento): 175 x10⁹/L, Leucocitos (recuento): 5.27 x10⁹/L, Neutrófilos (porcentaje): 56.7 % , 1.31 INR

BIOQUÍMICA Glucosa: 55 mg/dL , Urea: 63 mg/dL, Creatinina Jaffé (IDMS): 1.12 mg/dL, Filtrado glomerular CKD-EPI (mL/min/1.73 m²): 65, Sodio: 138 mEq/L , Potasio: 4.92 mEq/L, Hierro: 51 µg/dL, LDH: 167 U/L, Colesterol: 101 mg/dL, Triglicéridos: 116 mg/dL Aspartato transaminasa: 37 U/L, Alanina transaminasa: 31 U/L, GGT: 205 U/L , Fosfatasa alcalina (ALP): 240 U/L, Bilirrubina Total: 1.41 mg/dL, Bilirrubina Directa: 0.73 mg/dL, Ferritina: 37.1 ng/mL

PROTEÍNAS Proteínas Totales: 6.60 g/dL (5.70 - 8.20); Albúmina: 3.14 g/dL (3.40 - 4.80); Transferrina: 239 mg/dL (250 - 380); Transferrina (índice de saturación; porcentaje): 15.2 % (20.0 - 50.0); PCR/Prealbúmina: 0.44 (< 0.60); Prealbúmina: 7.3 mg/dL (20.0 - 40.0); Proteína C Reactiva: 32.0 mg/L (< 5.0);

TSH Tirotropina: 1.633 µUI/mL (0.400 - 5.000);



Ana Carriero
 Inf. Leonor
 Antonio Díez
 Tella de
 Colón
 Ana Martíoli
 Manoli
 Montse Zbo
 Rosalía
 Marga
 Marta
 Minite
 Rosa
 José Miranda
 Celia Pascual
 (y otros) Ana
 Klimova
 Vega Catalina
 Chus
 María Susana
 Pedro
 Faco Dugre
 Luna
 Isabel
 Re. Asenjo
 Sonia
 Elsa
 Victoria Alba
 Alejandro
 Miguel A. R. Bilbao
 Fernando
 Berita
 Olga
 Elenita
 Carlos
 Ana del Val
 Inés
 Carmen
 José
 Emma Elena
 Primo José Luis H.



salud, amor y paz infinitas



Lewis
 Escalera
 Hénar
 Carlos
 Rosa
 Susana
 Ana
 NUNIA
 Carmen
 Yolanda
 Mercedes
 Javier
 Bea
 Dra. Teresa
 Teresa
 Pilar
 Pura
 Esperanza
 Alicia
 ESAD
 Virgen de la Torre

A todos los sanitarios,
gracias por vuestro cariño
y vocación.

Carlos Asenjo Herranz + Laura

29/II/2012

Una Idea final



“Creo que la competencia sin compasión es generadora de una atención incompleta, y lo incompleto en el final de la vida genera sufrimiento ineludiblemente”.

Rafael Gómez



ASTURIAS

Un hospital revisará la forma de dar "malas noticias" tras la denuncia de "trato inhumano" de una enfermera que perdió a su marido

PATRICIA DEL GALLO

@PatriDelGallo

Oviedo

Actualizado Martes, 26
abril 2022 - 15:39



La palabra es el arma más poderosa.

DIARIO MEDICOCOM

INICIO | MULTIMEDIA | ÁREA CIENTÍFICA | ÁREA PROFESIONAL | FORMACIÓN | OPINIÓN / PARTICIPACIÓN

Sanidad | Profesión | Normativa | Gestión | Entorno | La consulta

[Portada](#) > [Área Profesional](#) > [Gestión](#)

JULIO MAYOL, CIRUJANO DEL CLÍNICO SAN CARLOS

Tribuna: La curación empieza por la comunicación

En un mundo en el que el avance sanitario se mide por la implantación de las nuevas tecnologías, el autor recuerda que la base de la relación médico-paciente es la comunicación.

Julio Mayol, Cirujano y Director de la Unidad de Innovación del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid | 20/04/2011 00:00

Des

El trato es tratamiento

Comunicación profesional en el ámbito de la fragilidad

La ley nos marca mínimos, pero la ética nos obliga a máximos.

La fragilidad de la otra parte obliga al profesional a un crecimiento serio, profundo, de sus valores, que se adaptan a la fragilidad del otro, no para imponerse a su propio criterio como un paternalismo impositivo, sino para ayudar al ser frágil a elegir la mejor opción para él

resumen

La comunicación es, y continuará siendo, un aspecto muy importante en la relación sanitaria, especialmente cuando la persona a quien se atiende vive una situación de fragilidad o dependencia. Desde un punto de vista ético, se considera que no hay bastante con cumplir con los mínimos legales (ética de mínimos) sino que se tiene que ir más allá para establecer un verdadero proceso de comunicación en el que la persona frágil pueda ejercer su autonomía (ética de máximos).

La auténtica hospitalidad se funda en el reconocimiento de la dignidad del otro y en el reconocimiento empático de sus necesidades

Acoger es actuar, pero no de modo convencional.

Consiste en vaciarse, en dejar espacio y tiempo al otro.

El que acoge auténticamente actúa pensando en el bien del huésped.



La esencia de la hospitalidad

He aquí una definición de hospitalidad: *la hospitalidad consiste en acoger al otro extraño y vulnerable en la propia casa.* No hay hospitalidad sin acogida, aunque la acogida puede efectuarse de modos muy distintos; ésta admite una pluralidad de formas.

PARA TODO LO DEMÁS...



GRACIAS





Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
Escuela Andaluza de Salud Pública

**Oncogeriatría y
cuidados
paliativos.**



**Oncogeriatría y
cuidados
paliativos.**

