I'm not robot	reCAPTCHA
Continue	

Libros de cuidados paliativos pdf

Libros de cuidados paliativos gratis. Los mejores libros de cuidados paliativos. Libros de cuidados paliativos pdf.

1. CONUNE DEF 1/12/10 13:52 Tratamientos de página que protocolizado en Editores paliativos Cura Miguel Ángel Benítez-Rosario Toribio González Guillermo 2. Coneeuno DEF 1/12/10 13:52 Página II Con el patrocinio de Ferrer Farma Hospitales Derechos de autor / editores: Miguel Ángel Benättez-Rosario y Toribio González Guillermo Primera

edición: noviembre de 2010 Edición y Diseño: Usted y nosotros, SA 2010 Ronda de Valdecarrizo, 41 A, 2. "Instalación Tel.: 91 804 63 33 - Tres www.youandussa.com canciones. 28760 Madrid Diseño y diagramas de escape: equipo de diseño usted y nosotros, S.A. ISBN: 978-84-693-5748-4 DL: Este trabajo se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones de los autores y no representan necesariamente las de Ferrer Farma, S.A. 3. Conucero Def 1/12/10 13:52 Página III Autores Alviani Rodrãz-Franco, Montserrat Especialista en Psicología Clínica. Servicio de Psiquiatría de la Universidad policlínica. consultor de psicología de la unidad de cuidados paliativos. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Ascanio León, Béla © H © N especialista en medicina familiar y comunitaria. A medianos por las unidades de la unidad paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Bena £ Tez-Rosario, especialista Miguel Ángel en medicina familiar y comunitaria. grado de Medicina. Locum noroeste Consultor Hospicio y Fundación Hospicio de Galway, Irlanda. Profesor colaborador del Departamento de Farmacología. Escuela de Medicina. Universidad de La Laguna. Jefe de la sección de cuidados paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Castello Puddars, Manuel especialista en medicina familiar y comunitaria. A medianos por las unidades de la unidad paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Cruz Gil, se elevó la graduación lidia en susurro. unidades hospitalarias paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Cruz Gil, se elevó la graduación lidia en susurro. unidades hospitalarias paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Cruz Gil, se elevó la graduación lidia en susurro. unidades hospitalarias paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Cruz Gil, se elevó la graduación lidia en susurro. unidades hospitalarias paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Cruz Gil, se elevó la graduación lidia en susurro. unidades hospitalarias paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Cruz Gil, se elevó la graduación lidia en susurro. diploma de color rosa en el cuerpo. unidades hospitalarias paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. González Guillermo, especialista Toribio en medicina familiar y comunitaria. A medianos por las unidades de la unidad paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. III 4. Confume DEF 1/12/10 13:52 Página IV Tratamientos protocolizado En cuidados paliativos Martínez del Castillo, Luis Pedro especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. A medianos por las unidades de la unidad paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Toresiro Mercader, diploma en Dussia. unidades hospitalarias paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Miranda CÃ; sàceres, Raquel gradualmente susurro. supervisor de enfermería del departamento palliclinico Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Profesor de Neurología. Escuela de Medicina. Universidad de La Laguna, Tenerife Otero Tejera, Montserrat Diploma de la enfermera. unidades hospitalarias paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Reyes PÃf © Rez, José María © Â © Diplomado en enfermería. unidades hospitalarias paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Rosa González, especialista Inmaculada en medicina familiar y comunitaria. A medianos por las unidades de la unidad paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. Salinas Martín, Antonio especialista en medicina ... 15 Miguel Ángel BenÃtez- Rosario capítulos 9.2. Hemorragias — 27 9.1. elinerinetades troimboemboricas — 291 alteraciones Manuel Castillo Padrãs 10. metabólico / Hydroelectrolist — 319 11.1. unique Angel Benítez-Rosario 11. — 319 11.1. unique Angel Benítez-Rosario 12. Linfedema y edema — 327 Miguel Ángel Benítez-Rosario, Rosa García 11.2. Linfedema y edema — 343 Cățiceres RAQUEL Miranda, Miguel Ángel Benítez-Rosario 12.2. La sedación paliativa — 353 Miguel Ángel Benítez-Rosario 12.3. El tratamiento de los novillos — 367 Manuel Castillo Terapia Padrãs 13. general / aspectos farmacológicos — 373 13.1. Los informes de conversión entre diferentes opioides (Administración y dosis vistos — 391 Miguel Ángel Benítez-Rosario 13.3. Los opioides y la insuficiencia renal — 399 Miguel Ángel Benítez-Rosario 13.4. Fă_irmacos en la insuficiencia renal / hepática — 399 Miguel Ángel Benítez-Rosario, el Bela Å © N Ascanio León 13.6. interacciones farmacológicas — 391 Miguel Ángel Benítez-Rosario, propioides de medicación clínicos: síndromes de abstinera de drogas, neurotoxicidad por opioides de medicación del intervalo QTC — 459 Miguel Ángel Benítez-Rosario Natival des propiores de Abstinera de Pagra de medicación del metroza de Pagra d decisiones se han desarrollado, en forma de protocolos. Protocolos describen intervenciones Therapeal en relación con situaciones clínicas definidas. Se ha evitado en lo posible, el uso de etiquetas de diagnóstico ambiguas que influyen en la interpretación del protocolo, aunque, La validez del protocolo depende de la validez del diagnóstico. Los protocolos fueron diseñados en relación con la información disponible y actualizada disponible para su último examen en mayo de 2010. La bibliografía citada es la que, en opinión de los casos, las recomendaciones se basan en los datos obtenidos en las cohortes retrospectivos clínicos y profesionales, sobre todo si los datos han sido confirmados por numerosos estudios, y las recomendaciones de los actitudes y experiencias de los autores. En este sentido, es posible que diferentes lectores detectan una intervención therapeal intensa. Esto refleja un comportamiento dirigido a obtener en el menor tiempo posible con la sierra de jaulas que sufren, sin un coste excesivo para la calidad de vida de los efectos secundarios de la granja. La práctica de los cuidados paliativos, en general, aún está lejos de estar basado en el más alto nivel de evidencia científica. Esto es una consecuencia de las dificultades metodológicas para llevar a cabo ensayos clínicos en personas con enfermedades terminales. Por lo tanto, para la resolución de la mayoría de las situaciones clínicas que no hay otras intervenciones terapéuticas no previstos en los protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos construidos, con una intervenciones terapéuticas no previstos en los protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos construidos, con una intervenciones terapéuticas no previstos en los protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos construidos, con una intervenciones terapéuticas no previstos en los protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos construidos, con una intervenciones terapéuticas no previstos en los protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos construidos, con una intervenciones terapéuticas no previstos en los protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos construidos, con una intervenciones terapéuticas no previstos en los protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos construidos, con una igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos construidos, con una igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este caso, nuestros protocolos que pueden ser igual de eficaz. En este cas baja variabilidad entre observadores, es adecuada. De hecho, los médicos y las enfermeras de cuidados paliativos UNITA han leído, comentado y aplicado en su práctica durante más de tres años. A partir de esta experiencia, cada protocolo se ha modificado y actualizado de acuerdo a la última página X protocolizado tratamientos publicaciones en los cuidados paliativos en este sentido IX 10. CONFUERO DEM 1/12/10 13:52, hasta esta última versión. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados en este campo, sabemos que es posible que no hemos sido capaces de transmitir fácilmente las intervenciones de terapia que se harán en todos los casos. Y 'esencial tener en cuenta la recomendación general sobre la necesidad de dosis de drogas de combate, con las propuestas de otros autores y productores, y sobre todo cuando no hay nadie más tiene dudas acerca de los cuales el Protocolo propuesto. Por otro lado, los signos en el libro es la hora de recomendar Francia para una indicación no se recoge como un registro técnico. En estos casos, es conveniente solicitar el uso compasivo de la misma. Por último, queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a Ferrer Farma Laboratorios, por su continuo apoyo y ayuda para que lo que un día fue un proyecto que hoy es una realidad tangible que tiene en sus manos. .
Miguel Ángel Benítez-Rosario Toribio González Guillermo X 11. Confuctor Def 1/12/10 13:52 Page 1 Capítulo 1 Sección 1 paliativos para el cuidado: Conceptos MA Benítez-Rosario 12. CONEUSRO DEM 13 1/12/10: 52 2 tratamiento protocolizado en regalos de cuidados paliativos Culturalmente muerte múltiples interpretaciones (1-4), sino que está asociada con enfermedades terminales, especialmente el cáncer, enfermedades pulmonares y ELA, en realidad es temido por sus Situages invariables asociación sociales a bis (1, 3-6). enfermedad terminal es uno que no tiene cura y el tratamiento está evolucionando a la muerte en un corto período de tiempo, generalmente menos de seis meses. Estas enfermedades, especialmente el cáncer, son experimentados por los pacientes, sus familiares y Sanatori à ¢ â, ¬ Å "como situaciones limitadas, en el que el viaje de vital importancia inexorable se produce con el sufrimiento físico, psicológico y espiritual, que íntimamente relacionados entre sí generar una situación de à ¢ â, ¬ Å" Total A "¢ Â ¬ (1 , 3-8). La atención a las personas con enfermedades en fase terminal son un reto para la concepción médica actual. Se oponen (1, 3, 4, 7-10): a) Las concepciones de la medicina se concentraron en la tecnología y la enfermedad frente a la necesidad de una medicina centra en la persona y en la visión de la salud como un elemento dinámico, en el cual ser - ser que pueda Un ¢ â, ¬ Å "Una estar enfermo y dyingÃ ¢ â, ¬. b) actitudes que contratar a un ¢ â, ¬ Å "no hay nada de DOA â, ¬ a" ¢ s en comparación con los que establecen las intervenciones de terapia continua para aliviar el sufrimiento, la defensa de que à ¢ â, ¬ "Siempre hay algo de DOA â, ¬. c) las actitudes que subestima la trascendencia del estudio del sufrimiento humano y su alivio en comparación con aquellos que profundizan continuamente el conocimiento para obtener el mayor número de intervenciones de terapia eficaces. el reto de la atención a las personas con enfermedades en fase terminal ha sido resuelto con el ejercicio de los cuidados paliativos. los cuidados paliativos son à ¢ â, ¬ Å "el cuidado activo y total de las personas con enfermedades que no tienen una respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de obtener la mejor calidad de vida posible mediante la comprobación física. Synthes Mental y la necesidades espirituales y sociales de una permeabilidad, ¬ (11) son sus fundamentos básicos que: a) la vida de afirmar y consideran la muerte como un proceso normal en el interior De la misma, o para anticipar ni posponer la muerte. b) Proporcionan alivio de los síntomas y actuar sobre los aspectos psychogic y espirituales de los pacientes. c) Romper un soporte para ayuda en vivo tanto como sea posible hasta que murieron en un ambiente natural del paciente, de su dominio. 2 13. Conucero Def 1/12/10 13:52 Página 3 paliativos Atención: conceptos d) Una oferta de un sistema de ayuda a la familia durante la enfermedad y el duelo (11). Código postal. 1 El objetivo de los cuidados paliativos es obtener la mejor calidad de calidad para las personas con enfermedades en fase terminal, incluyendo que están desprovistos de los síntomas físicos y para obtener alivio de su sufrimiento psicológico, social y espiritual, cuando sintió tratado, respetado, acompañado y no abandonados. La familia ocupa un papel predominante en la actividad de los profesionales. Entre las múltiples razones que se pueden dar como justificación para el trabajo con la familia no hay más trascendente que su sufrimiento cuando se vive una situación límite y el impacto de sus experiencias en la situación del paciente. El cuidado de la familia se extiende después de la muerte del ser querido, tratando de favorecer a una resolución adecuada del duelo. El control de los síntomas se lleva a cabo a través de terapia intensa, tales como el rendimiento, la desaparición del dolor, es superior a la incomodidad causada por las acciones. El proceso de toma de decisiones se basa en el principio de que ni anti-intervención de la misma. Evaluación del paciente es integral, sin preferencias se proyectan en él, o el déficit, del profesional. El conjunto de conocimientos de evoluciona de cuidados paliativos, y continuamente creciente. Los multipathrooms investigación se refiere, a partir de las modificaciones de la respuesta biológica y psicológica a las intervenciones terapéuticas que sufren y, hasta la evaluación de la calidad proporcionada por los servicios. Y la aparición de grupos de investigación multidisciplinares e internacionales también es un hecho. Este fenómeno nos permite enfoque, cada vez más y de manera eficiente, para el alivio del sufrimiento de personas con una fase terminal de la enfermedad; En resumen, aparte de los objetivos de la medicina (9, 10). Referencias 1. NULAND SB. ¿Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida. Madrid, Alianza Editorial, 1993. 2. Arregui JV. El horror de la muerte. El valor de la muerte en la vida humana. Barcelona, ediciones Â Tibidabo, 1992. 3. M. Gómez Sancho medicina paliativa. La respuesta a una necesidad. Madrid, Aran, 1998. 4. Psicología de la Baya © R. S de sufrimiento y muerte. Barcelona, Â A Martínez Roca, 2001. 5. enfermedad grave. Misico y los aspectos psicosociales. Kauffmann A, Aiach P, R Waissman, Eds. Madrid, McGraw Hill, 1990. 6. principios y la práctica de los cuidados paliativos J. Ortiz Sanz. Med Clin (Barc) 1989; 92: 143- 145. 14. 3 Confuctor Def 1/12/10 13:52 Page 4 Tratamientos protocolizada en los cuidados paliativos 7. K. Groves IÃ Cómo 'd como para ser si estaba Traated enfermos terminales. BMJ 1995; 311: 1690-1691. 8. Saunders cm, ed. Cuidado enfermedad terminal maligna. Barcelona, Â Salvat 1980; 259-272. 9. CASSELL EJ. La naturaleza del sufrimiento y de los objetivos de la medicina. N Engl J Med 1982; 306: 639-645. 10. D. Callahan Muerte y el imperativo de la investigación. N Engil j med 2000; 342: 654-65. 11. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor del cáncer y los cuidados paliativos. Serie de Informes Técnicos 804. Ginebra, OMS, 1990. 15. Confruttimento 4 def 1/12/10 13:52 Page 5 Cuidados paliativos: Conceptos Capítulo 2 Toma de decisiones bajo la tapa. 2 Los indicadores de pronunciamiento M. A. Benítez-Rosario, T. González Guillermo Situaciones clínicas n. Bº Pag. Puntuación de riesgo de pacientes en el grupo de A o PPI à ⠰ ¤4 pts 2.2.1 8 pacientes cuyas características se clasifican en el grupo de riesgo de SCORE B PPI y 5 -6 puntos. 2.2.2 con la situación clínica del paciente, la relación entre el beneficio y la alteración de la calidad de vida causada por el procedimiento, o las actividades que se deben desarrollar para ser capaz de hacerlo, puede ser revertida. Esto afecta, en particular, a los tratamientos no farmacológicos, tales como la radioterapia paliativa, la colocación de implantes, la embolización para el control de la hemorragia, gastromy, nephrostons o transfusiones, entre otros. En la toma de decisiones en este sentido, pronóstico vital del paciente juega un papel vital y sabiendo que es uno de los grandes retos. Hay dos maneras de considerar el pronóstico. Una de ellas es para calcular cuánto es la vida útil que queda del paciente, el otro es para determinar la probabilidad de supervivencia en cualquier tiempo dado (1). Al ser tan inexacto, el último es más fiable. La predicción probabilistica se refiere al porcentaje de solapamiento en un momento dado, y se determina con el uso de indicadores. Sin embargo, el hacer disponible no sirven más cerca de un regalo de pronóstico. En estos casos, el juicio clínico es la única guía. Esto se relaciona con la experiencia clínica para interpretar la taquipnea, saturaciones de oxígeno bajas y taquicardia, anorexia y caquexia secundaria a la disfagia absoluta, distspnea en reposo. Delirio, sangrado continuo, o estados, como indicadores de supervivencia clínicos igual o menos de 5-7 días. Varios indicadores se han desarrollado para establecer el pronóstico. De éstos, especial atención merece los paliativos (PPI). La primera de ellas, cuyo uso fue aprobado por la compañía paliativos cura Europeo (2), establece el desarrollo de sobrevivir 30 días; El segundo establece el pronóstico entre 3 y 6 semanas (3). Los dos utilización, entre otras cosas, un indicador de la situación funcional del paciente, en el primer caso el índice de Karnofsky y en la segunda de las escaleras de rendimiento paliativos. Ambos son útiles en la toma de decisiones para la realización de tratamientos invasivos, y algunos Pharmacographic, tales como el uso de antidepresivos para la depresión o psychoostimulators. En muchas de las situaciones clínicas descritas en el libro, el proceso de toma de decisiones se propone en relación con las puntuaciones obtenidas con estos índices. Sin lugar a dudas, que fueron establecidos empíricamente, en relación con la experiencia del autor y la práctica desarrollada en su unidad de cuidados paliativos. Por otro lado, en la selección del tratamiento farmacológico, la intensidad del síntoma. Para su evaluación, se recomienda el uso de instrumentos en los que el paciente cuantifica la intensidad de sus síntomas 6 17. Coneeusro DEF 1/12/10 13:52 Página 7 Decisión en función de indicadores de pronóstico (4-6). Está destinado a evitar errores de estimación, debido al exceso o por defecto, lo que puede ocurrir cuando la opinión de los miembros de la familia o el propio profesional se considera exclusivamente. El uso habitual de herramientas para reconocer la presencia de un síntoma y su intensidad es indicativo de buenas prácticas, y su ausencia puede poner en duda la calidad del proceso de asistencia. Cial. Una ventaja adicional del uso de herramientas, el uso, fundamentalmente, de una escala verbal cualitativa, una (estos) (4, 5, 7) (Anexo 2.2.6). Bibliografía 1. Un deslumbramiento, Sinclair CT. Paliativos Revisión medicina: Predicción. J PALL MED 2008; 11: 84-103. 2. Maltoni M, Caraceni A, C Brunelli, Broeckaert B,
Christakis N, Eychmeller S et al. pacientes factores pronósticos en el cáncer avanzado: recomendaciones a-basados en la evidencia de estudios clínicos por el Comité Directivo de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos. J Clin Oncol 2005; 23: 6240-6248. 3. MORITA T, J TSUNDODA, INOOUE S, Chihara S. El Índice Pronóstico paliativos: un sistema de puntuación para la supervivencia prognical enfermos patants cáncer terminal. El apoyo a la atención del cáncer 1999; 7: 128-33. 4. Yennurajalingam S, V Peuckmann, Bruera E. Los acontecimientos recientes en la evaluación y tratamiento del cáncer de dolor. Ayuda del cáncer de atención del cáncer de atención del cáncer 2008; 16: 537-8. 6. Dy SM, Asch SM, Naeim A, Healthy H. Walling A, Lorenz Ka. BASADA EN LA EVIDENCIA Reglas para el manejo del dolor por cáncer. J Clin Oncol 2008; 26: 3879-85. 7. Sistema de fase de Edmonton. Disponible en: dndex.cfm pn = b1c47163-DCCA-11d4-810100508b603a14 (Última vista Agosto-2008) 7 18. coneusro Def 1/12/10 13: 52 Página 8 Tratamientos protocolizada en situaciones clínicas de cuidados paliativos 2.2.1 paciente cuyas características se clasifican en el grupo de riesgo de la AO PPI anotar a, a € OE4 PTS (probabilidad alta Survival mayor de 6 semanas) y que pueden requerir la creación de un tratamiento paliativo invasiva sería un candidato para: a à ¢, ¬ â â ¢ Nephrosstomy. à ¢ â, ¬ â ¢ gastrostomà £ a. Ã ¢ â, ¬ â ¢ traqueotomía. Ã ¢ â, ¬ â ¢ colostomía. Ã ¢ â, ¬ â ¢ colostomía. Ã ¢ â, ¬ â ¢ nemostático radioterapia / anti-ángulo / compresión completa o lesión del sistema nervioso periférico o en el cerebro que están demostrando crisis epiléptica. Ã ¢ â, ¬ â ¢ Vertebroplastia / kifoplasty. Ã ¢ â, ¬ â ¢ Bloquear / Neurólisis de pequeños nerviosos. Ã ¢ â, ¬ â ¢ Bloquear / Neurólisis de pequeños nerviosos. Ã ¢ â, ¬ â ¢ Bloquear / Neurólisis de pequeños nerviosos. Ã ¢ â, ¬ â ¢ Bloquear / Neurólisis de pequeños nerviosos. Ã ¢ â, ¬ â ¢ Cos radioisótopos (samario / estroncio). probabilidad de supervivencia mayor de 4-5 semanas) y que puede requerir la realización de un tratamiento paliativo invasiva sería un candidato para: Ã ¢ â, ¬ â ¢ colostomía. Ã ¢ â, ¬ â ¢ colostomía. Ã ¢ â, ¬ â ¢ colostomía. Ã ¢ â, ¬ â ¢ leurico catéter de drenaje continua / pleurodesis. \tilde{A} $\hat{\phi}$ \hat{a} , \neg \hat{a} $\hat{\phi}$ abdominal catéter para el drenaje continuo de ascitis. 8 19. CONFUMERO DEM 1/12/10 13:52 Página 9 DECISIÓN De acuerdo con los indicadores pronunciamiento \tilde{A} $\hat{\phi}$ \hat{a} , \neg \hat{a} $\hat{\phi}$ embolización arterial Si el sangrado es importante y constituye un problema clínico y la calidad de vida intensa. \tilde{A} $\hat{\phi}$ \hat{a} , \neg \hat{a} $\hat{\phi}$ hemostático y radioterapia contra el ángulo de si el tratamiento precisa 1-3 sesiones para su administración si el sangrado o dolor es importante y constituye un problema clínico y la calidad de la integral. SUDOESTE. 2 Ã ¢ â, ¬ â ¢ Bloquear / Neurólisis de pequeños nerviosate y constituye un problema clínico y la calidad de la integral. o ganglios nerviosos. No sería un candidato para: Ã ¢ â, ¬ Â Å ¢ hemostático y anti-radioterapia si el tratamiento más precisos de 3 sesiones. Un tratamiento más preciso de 3 sesiones. Un tratamiento para: Ã ¢ â, ¬ â ¢ hemostático y radioterapia contra el ángulo de si el tratamiento precisos 1-3 sesiones para la administración y el sangrado o dolor no son importantes y no constituyen un problema clínico y la calidad de vida intensa. Ã ¢ â, ¬ â ¢ La vertebroplastia si la lesión vertebral no es un problema clínico y la calidad de vida intensa. Ã ta vertebroplastia si la lesión vertebral no es un problema clínico y la calidad de vida intensa. Ã ta vertebroplastia si la lesión vertebral no es un problema clínico y la calidad de vida intensa. Ã ta vertebroplastia si la lesión vertebral no es un problema clínico y la calidad de vida intensa. Ã ta vertebroplastia si la lesión vertebral no es un problema clínico y la calidad de vida intensa. Ã ta vertebroplastia si la lesión vertebral no es un problema clínico y la calidad de vida intensa. Ã ta vertebroplastia si la lesión vertebral no es un problema clínico y la calidad de vida intensa. Anorexia leucocitos totales No 0 4,000-8,500 0 SA 1,5 8,500-11.000 0, 5> 11.000 1,5% IK linfocitos> 50 0 20-40 0 30-40 0 12-19.9 1 10-20 2,5 Probabilidad Grupo Survival Score Orientación Terapia riesgos para un mes de diagnóstico o maniobras terapéuticas de Considerada en 0-5.5> 70% del complejo B 5.6- 11 30-70% individuales maniobras diagnósticas o terapéuticas C 11,1-17.5 6 menos del 3% 86% 76 5-6 de menos de 6 91% 64% 2 â € ce14 superior a 6 83% 71% Los criterios para obtener los pps puntuación de delirio \tilde{A} ¢ \hat{a} , \neg | 4 disnea edema ... 1 ingesta oral 10-20 4 reposo 3,5 2,5 30-50 mínimo A, a, \neg | 2.5. Normal / Normal Completo Completo Cualquier pruebas normales terminan Completa con total normal / tensión normal algunas evidencias Reducción de Enfermedades 70 reduce de modo que no puede ejecutar sus trabajos normales completos / normal de su trabajo reducida signos de la enfermedades 70 reduce de modo que no puede ejecutar sus trabajos normales completos / normal de su trabajo reducida signos de la enfermedades 70 reduce por lo que no puede ejecutar sus trabajos normales completos / normal de su trabajo reducida signos de la enfermedades 70 reduce por lo que no puede ejecutar sus trabajos normales completos / normal de su trabajo reducida signos de la enfermedades 70 reduce por lo que no puede ejecutar sus trabajos normales completos / normal de su trabajo reducida signos de la enfermedades 70 reduce por lo que no puede ejecutar sus trabajos normales completos / normal de su trabajo reducida signos de la enfermedades 70 reduce por lo que no puede ejecutar sus trabajos normales completos / normal de su trabajo reducida signos de la enfermedades 70 reduce por lo que no puede ejecutar sus trabajos normales completos / normal electronica de su trabajo reducida signos de la enfermedades 70 reduce por lo que no puede ejecutar sus trabajos normales completos / normal electronica de su trabajo reducidado en electr cuando ayuda o confusión de los signos de la enfermedad de 50 reducida normales / normal / soporte de lecho de estar o confusión diario extendido la enfermedad Partal 40 el tiempo ya no se puede ejecutar normal / diario / normal a las actividades de cama para toda confusión Ocupacional Sleinance extensa enfermedad no normal / confusión completa de otro 0 muerte * extraídos y adaptada por: http://www.palliative.org / PC / clinicalinfo / asessmentools / 3C9% 20palliative% 20% rendimiento 20cale% 20version% 202% 20 (Ppsv2) 1% 20with% 20Update 20feb%% 2,014% 202008.pdf 11 22. Confuero de 1/12 / 10 13:52 Página 12 tratamientos protocolizada en cuidados paliativos anexo 2.2.6 funciones de vigilancia síntomas Fecha C evaluación Obligitary intacta llevado a cabo por los profesionales del paciente 10 intenso dolor leve moderada ausente 0 10 0 10 tristeza insomnio 0 10 0 10 somnolencia náuseas 0 tomado y adaptado de la . 3.1.23.. . 26 15 26. CONU Ã Â ± er de 1/12/10 13:52 Página 16 tratamientos protocolizada en cuidados paliativos del dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial de los tejidos, cuya expresión es características inherentes de cada persona. Está presente hasta el 30% de los pacientes de cáncer en el momento del diagnóstico, y el 80% en la fase terminal. Otras enfermedades en fase terminal también pueden desencadenar el dolor secundario a la astenia intensa o complicaciones neuromusculares. En las personas que sufren de un cáncer en fase terminal, todas las dimensiones del dolor, físico-psíquico-sociales, interactúan entre sa con gran intensidad, dando lugar a una situación de à ¢ â, ¬ Ã Ã "Total A" ¢ â, ¬ (1). El diagnóstico del dolor se lleva a cabo principalmente de anamnesis y exploración física. Se necesitan estudios de imagen para evaluar la etiología del dolor panel (sospecha de metasestasis y / o fracturas neuropático) con sospecha de compresión del nervio. El diagnóstico también debe incluir (2-5): a) el conocimiento de su calidad, lo que nos permite identificar como nocicental (somática o visceral) o neuropático; b) su curso temporal, CE) su intensidad, por lo general evaluado por el paciente en escalas unidimensionales. El dolor somático (2, 3, 6-8) se expresa generalmente como presión continua, trituración o ardor. Es bien posicionado. Aumenta con el prefijo de la zona afectada. Cuando es el producto de una metastastase, su intensidad puede aumentar con movimientos o resto del cuerpo en la zona de la lesión. No tiene una distribución de tiempo específico, en función de su intensidad está presente durante el día y la noche. Puede ser causada por cualquier tumor, directamente o a partir de lesiones Beseous. Dolor debido a Metaxidal afecto vertebral se expresa generalmente como dolor de espalda, que se encuentra en la zona de las vértebras afectadas, con Por delante en el cinturón, completa o incompleta, bilateral o unilateral. Es posible presentar alteraciones presión sobre el área del dolor puede desencadenar el dolor. A medida que el dolor somático no tiene una distribución de tiempo específico, en función de su intensidad está presente en pleural, gaustric, intestinal, ureteral o afectación de la vejiga. Renali, vasos y CA tumores © RVIX puede presentar dolor visceral radiada a la zona renal, la orina o la vejiga. El dolor neuropático (2, 3, 6-9) se describe generalmente como parestesia, corrientes, las pestañas. Por lo general es generalizada y se irradió, después de la distribución 16 27. Conucero DEF 1/12/10 tratamiento 13:52 Page 17 El dolor del sistema nervioso periférico. Puede ser continua, vía oral, páncreas y CÃ © Tumori RVIX. Un síndrome doloroso específica con características somáticas más
expresión de dolor neuropático de pelleyopathy lumbosacra es el síndrome CAP. PSOAS (10). Es en lumbar, zona central o lateral y tiene 3 cadera y zona alta de la extremidad inferior, tal como un corte CADIC. El dolor puede aumentar antes de la movilización de la cadera. El dolor rectal y Vesic expresado como picazón, ocupación sentimiento o tenesmo, con variaciones de intensidad debido a deferration o ratones, son el dolor neuropático de afectar el sistema nervioso central o periférico. Por lo general son presente en carcinomas CÃf © RVIX, vagina, vegija o recto, primaria o para la un gatillo (capítulo 3.2). La intensidad del dolor debe ser evaluada por el paciente con el fin de evitar situaciones del sobre o infradiagnostics. En la práctica, se utilizan escalas unidimensionales (2-5). Estos incluyen, entre otros: a) la escala verbal cualitativa que caracteriza el dolor entre ausentes entre leve y moderada-intensa; b) el numérico, que caracteriza el dolor de 0 (ausente) a 10 (dolor intenso), EC) el análogo visual, en el que un extremo representa la ausencia de los pacientes en una línea de 10 cm, en el que un extremo representa la ausencia de los pacientes en una línea de 10 cm, en el que un extremo representa la ausencia de los pacientes en una línea de 10 cm, en el que un extremo representa la ausencia de los pacientes en una línea de silencio y analógica numberal, las puntuaciones de 0 a 3 corresponden a un ligero dolor, entre 4-6 moderado, y es igual a o mayor que 7 un dolor intenso (5). A veces, es sorprendente que equilibramos las puntuaciones no disminuyen a pesar de la Reconocer mejora de la intensidad del dolor. Por lo tanto, los tratamientos 17 28. Confutactor DEF 1/12/10 13:52 Page 18 protocolizados en la evaluación de los cuidados paliativos deben entenderse, el porcentaje de mejoría del dolor después del tratamiento. Las características neuropáticas; incidental (especialmente secundaria a lesiones de cojinete); Concomitante con la de acuerdo con las descritas en situaciones clínicas. El presentado clasificación es una extrapolación de la utilizada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), considerando dos ejes para la descripción del dolor: posición y su mecanismo (12). En el anexo 3.1.23, las escaleras que habitualmente se utilizan para la evaluación de la intensidad del dolor y el sistema de Edmonton se describen para la descripción del dolor (10). Bibliografía 1. Strasser F, Walker P, Bruera E. paliativos manejo del dolor por cáncer y el tratamiento del cáncer de dolor. Acta Anaesthesiol Scand 2001; 45: 1067-1075. 3. Yennurajalingam S, Peukmann V, Bruera E. Los acontecimientos recientes en el dolor por cáncer Evaluación y gestión. Ayuda del cáncer de Ther 2004; 1: 97-110. 4. Dy SM, Asch SM, Naeim A, Healthy H, Walling A, Lorenz Ka. BASADA EN LA EVIDENCIA Reglas para el manejo del dolor por cáncer. J Clin Oncol 2008; 26: 3879-85. 5 Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland La, Romundstad L, Breivik Hals E. K, Kvarstein G, Stublhaug1 A. Evaluación del dolor: dolor de huesos, dolor visceral y dolor neuropático. El cáncer J 2006; 12: 330-340. 7. Chang V, Janjan N, S Jain, Chau C. Actualización en cáncer de síndromes de dolor. J PALL MED 2006; 9: 1414-1434. 8. Chang V, Janjan N, S Jain, Chau C. Cáncer Regional de los síndromes de dolor. J PALL MED 2006; 9: 1435- 1453. 9. RALF Baron R, TÃf¶lle tr. Evaluación y diagnóstico del dolor neuropático. Curr Opin apoyo Palliat cura de 2008; 2: 1-8. 10. El agar M, Broadbent A, Chye R. La gestión de PSOAS síndrome maligno: Reporte de un caso y revisión de la literatura. J Dolor tratamiento de los síntomas de 2004; 28: 282-93. 11. FAINSINGER RL, Nekolaichuk C, Lawlor P, Hagen N, Bercovitch M, M Fisch, Galloway L, KAYE G, W Landman, Spruyt O, Zhukovsky D, E Bruera, Hanson J. AN Internacional Estudio Multicéntrico Valitation de una clasificación de dolor sistema para Patants cáncer. EUR J Cancer 2010 May 17. 12. Knudsen AK, AASS N, R Faisinger, Caraceni A, Klepstad P, JordhÃfÂ, y M, Hjermstad MJ, Kaasa S. clasificación del dolor en pacientes con cáncer-a revisión sistemática de la literatura. Palliat MED 2009; 23: 295-308. 18 29. Conune Def tratamiento 1/12/10 13:52 Dolor situaciones clínicas síndromes dolorosos en función de la posición de la posición de lumor tumor 3.1.0 de cualquier posición presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario de lumor tumor 3.1.0 de cualquier posición presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal secundario presentará una segunda posición síndrome doloroso y puede ser dolor abdominal segundario presentará una segunda posición síndrome dolor abdominal segundario presentará una segundario presentará una segunda posición síndrome dolor abdominal segundario presentario presen sistema nervioso central considera dolor de cabeza que abandonar el juego cerebral secundaria (situación clínica 3.1.9). Aplicar el tratamiento de protocolo de dolor nocice. Además, todas las características del dolor. 3.1.2 La cabeza y el cuello del tumor sin lesión cerebral Considere dolores de cabeza y el cuello de características mixtas, somatutical y neuropático se considera. 3.1.3 Tumor pulmonar Fuente Considere aldaba dolor tóxico Nonsee. neuropático) si no hay lesión medular (situaciones clínicas 3.1.10-3.1313 y 3.1.21). 19 30. CONFUUENA DEF 1/12/10 13:52 Página 20 tratamientos protocolizados en Cuidados Paliativos del tumor de mama 3.1.4 Considere el dolor en la zona insalubre cáncer. Aplicar el tratamiento del tratamiento del dolor nocice. Methastastases dolor nariz son frecuentes, con Neuropol (y el dolor neuropático) participación si no hay lesión medular (situaciones clínicas 3.1.10-3.1313 y 3.1.21) puede ser dolor abdominal visceral que irradia el abdomen, secundaria a neoplasia u oclusión intestinal. Aplicar el protocolo del tratamiento del dolor nociceptivo. La nariz dolor de las metástasis Pared Pérez no es frecuente. 3.1.6 tumor origen pancreático protocolo, teniendo en cuenta en base a la disponibilidad del bloque / Neurólisis del plexo celíaco. dolor abdominal visceral puede estar presente secundaria a la obstrucción intestinal. La nariz dolor de las metástasis Pared Pérez no es frecuente. 3.1.7 cáncer de origen urinario Considerar dolor abdominal bajo visceral. No puede haber ureteral y lumbar dolor visceral somática para la infiltración renal o retroperitoneal. Aplicar el tratamiento de dolor nocice. A menudo está presente dolor, neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo vesical. Aplicar el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo en tenesmo el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo el protocolo de tratamiento del dolor neuropático expresado en tenesmo el protocolo de tratamiento el protocolo de tratamiento el protocolo del dolor neuropático expresado en tenesmo el protocolo del dolor neuropático expresado en tenes lesión cerebral orgánica: episódica o dolor de cabeza continuo de cualquier lugar, opresivo o pulsada, que se puede asociar exacerbaciones relacionadas con la TC con la TC con la resonancia nuclear magnice, para considerar la radioterapia paliativa, si un pronunciamiento vitales estima más alta de 1 mes (puntuación pap ao ppi a, a € œx4 puntos). Ã ¢ â, ¬ â ¢ Si peor pronunciamiento de lo que se describe en el punto anterior: - Comenzar Desametasone 16 mg / d (capítulo 8.3) y el tratamiento de las crisis epilépticas (capítulo 8.2). 3.1.10 En profundidad
dolor de metástasis: profundo, constante, dolor sordo, que puede tener basal de transición punctant episodios exacerbación a una estructura osea cuya presión aumenta dolor aumenta la intensidad variable à ¢ â, ¬ â ¢ evaluar los estudios de imagen con radiología simple, gammagam hueso (si hay varias posiciones dolorosas) o TAC. à ¢ â, ¬ â ¢ Considere radioterapia anti-ángulo si facilidad vitales pronunciada es 3-4 (Puntuación de Papanicolaou ab o ppi à ¢ â, ¬ â € puntos œ16), o la administración de radioisótopos, si se trata de más de 6 semanas (puntuación de Papanicolaou y un ppi \tilde{A} â \in OE4 pts) (capítulos 2 y 3.3). 21 32. CONEURE DEF 1/12/10 13:52 Página 22 tratamientos protocolizados en cuidados paliativos \tilde{A} ¢ â, \neg â ¢ En pacientes con dolor Hemithoramic secundaria en Methodtasses, considere la infiltración con anesthetices locales de espacios intercalage afectadas, y si la respuesta adecuada, en consideración neurolisis. 3.1.11 Dolor Paise de Vertebral Metástasis:, dolor opresivo profundo, quantes (y otras características de dolor somático), en cervical, dorsal o raquis lumbar, que se irradia en lleno de la correa // bilis - terral / unilateral, de atrás hacia adelante, cuya intensidad puede aumentar en una posición supina con la presión de los cuerpos vertebrales, o con los movimientos, sin otros signos neurológicos à ¢ â, ¬ â ¢ Evaluar los estudios de imagen con la radiología simple, TAC o la energía nuclear resonancias Magnal según las repercusiones para el pronóstico y terapéutico del dolor de las metástasis vertebrales paise y la comprensión de: profundo, abrumador, dolor ardiente, cervical, dorsal o lumbar, zona que dejará en su totalidad correa / incompleta / o de forma unilateral, desde detrás hacia delante, cuya intensidad puede aumentar en posición supina con decubination la presión de los cuerpos o movimientos vertebrales; que se asocia episodio transitorio de dolor que irradia hacia las artes superiores o inferiores, tales como pestañas o las corrientes, con / sin fuerzas Uni o bilateral, con / si para el tratamiento del dolor neuropático y somático de soda sin tratamiento anti-ángulo de la radioterapia (capítulos 3.3 y 3.4). Ã ¢ â, ¬ â ¢ Considere en las dos situaciones anteriores, especialmente en pacientes que no son candidatos, la posibilidad de que el bloque 22 33. Coneeusro Def 1/12/10 13:52 Página 23 tratamiento del dolor neuropático y somático de soda sin tratamiento del dolor neuropático y somático del dolor neuropático y somático del dolor neuropático y somático del dolor neuropático y neurolithic de las raíces nerviosas afectadas por control de un dolor neuropático con respuesta insatisfactoria para el esquema de terapia propuesta en el protocolo de tratamiento del dolor neuropático (capítulo 3.4). 3.1.13 Dolor Dolor / Postsectomy: El dolor con ardor, pestañas o corrientes, episodios o continua, con / sin hormigueo, con / sin alteraciones cap. La sensibilidad, irradiado en una forma homolaterial en emitorace, en un paciente con antecedentes de 3 toracotomía o mastectomía Å ¢ â, ¬ â ¢ considerar la infiltración con anestésicos locales, y la posterior neuropático (capítulo 3.4). Si el área del dolor no es muy extensa, considere el aparato de la capsaicina o lidocaína típico. 3.1.14 síndrome de psoas: profundo, abrumador, dolor quemante, en la zona lumbar unilateral, que se irradia de manera unilateral, que se irradia de manera unilateral, desde el lado proximal y zona posterior de la pierna hasta la rodilla, cuya intensidad puede aumentar en posición supina con la década los movimientos de la 'cadera o con la presión de la zona dolorosa - consideran dolor mixto (somática + neuropático) con psoas afecto. protocolo de tratamiento del dolor neuropático (capítulo 3.4). A ¢ â, ¬ ¢ Si una mayor estima pronóstico clínico de 3-4 semanas, la puntuación PAP B o A, con un IBP à ¢, ¬ ¤6 PTS, considere completo / incompleto / o de una manera única, o de una manera profunda para volver A ¢ ã, ¬ A ¢ Se pronunciamiento menos vital, pero jamas respuesta de 23 34. Confueno Det 1/12/10 13:52 Página 24 protocolizado tratamientos paliativos del dolor en la atención en el tratamiento analgà IGO, realizar neurolisis del plexo bodega. â Ã ¢, ¬ â ¢ Aplicar protocolo de tratamiento del dolor neuropático (capítulo 3.4). 3.1.16 dolor recto-vesical TenesMoid: profundo, abrumador, ardor, en el área del recto o la vejiga, con / sin tenesmo rectal o de vejiga, con / sin disuria, en pacientes con carcinoma de CA © RVI, o Neoplassic lesión vesical / rectal / prostituire a, a primaria o secundaria, ¬ â â ¢ Pronostic la estima de vital importancia menor, pero la mala respuesta de dolor sico analgan, lleve a cabo el bloque nervioso y, en su caso, de la neurolisis hypogamometric plexo superior o de raíces sacras, entre otros. â Ã ¢, ¬ â ¢ Aplicar protocolo de tratamiento del dolor neuropático (capítulo 3.4). 3.1.17 Debido al afecto hepática: dolor abdominal profunda, abrumador, para el hipocondrio de recho, con irradiación completo en el abdomen restante, cuya intensidad varía con aumento de la presión abdominal (defecación, vómitos, tos) y hepática zona de palpación / presión; / Sin superficies y / o vómitos acompañados, con hepatomegalia à ¢ â, ¬ â ¢ considerar el dolor hepathetic. Aplicar el dolor protocolo punto nocice (capítulo 3.3). 3.1.18 dolor abdominal secundaria con el embarazo: profundo, sordo, dolor generalizado, que se puede expresar en un bar en el abdomen inferior, que aumenta con la presión profunda, con / sin tratamiento con laxantes, con / sin tratamiento si procede. Aplicar protocolo de procesamiento de prevención (capítulo 4.3). 3.1.19 dolor abdominal en el paciente con neoplasia intestinal: profundo, sordo, dolor generalizado, que se pueden expresar en bares en la parte inferior del abdomen, que se pueden expresar en bares en la parte inferior del abdomen, que se pueden expresar en bares en la parte inferior del abdomen, que se pueden expresar en bares en la parte inferior del abdomen, que se pueden expresar en bares en la parte inferior del abdomen, que se pueden expresar en bares en la parte inferior del abdomen, que se pueden expresar en bares en la parte inferior del abdomen, que se pueden expresar en bares en la parte inferior del abdomen, que se pueden expresar en bares en la parte inferior del abdomen, que se pueden expresar en bares en la parte inferior del abdomen en la parte inferior / 10 13:52 Página 25 el tratamiento del dolor asociado sin fiebre, con / sin un registro de vista previa, con / sin tratamiento con laxantes, con / sin tratamiento del dolor impresora secundaria con un simple estudio radiológico del abdomen. Ã ¢ â, ¬ â ¢ considerar el dolor visceral, si no lo han impedido y aplicando el protocolo nocice del dolor (capítulo 3.3) y obstrucción intestinal, si Prage. Engranajes (Capítulo 4.4). 3 3.1.20 El dolor de S. Plessopathy: dolor profundo, sordo, ardiente, extendida, con / sin hormigueo, en una zona sagrada, recta y perinean, que empeora con Sterning, las maniobras supina década o la defecación en pacientes con neoplassics intestinales lesiones o pÃf © LVIC cavidad à ¢ â, ¬ â ¢ pronunciamiento fundamental estimado superior a 3-4 semanas (PAP puntuación AOB, ppi ã, â € œ16 pts) o pronostics menos vitales pero mala respuesta al tratamiento del dolor Analganic, acarreo el bloqueo nervioso y, en su caso, del plexo hypogamatrical neurólisis o raíces sacras. à ¢ â, ¬ â ¢ Aplicar el dolor neuropático protocolo 3.4). 3.1.21 Pessopatía axilar dolor: dolor profundo, ardor o lancanant, Hormigueo Associati y el déficit neurológico en el hombro, axila y más alto miembro de à ¢ â, ¬ ¢ pronunciamiento Vital estima 3-4 semanas (AOB PAP puntuación, PPI a, a € OE6 PTS) o pronóstico vital importancia, pero mala respuesta de dolor a la Analítica tratamiento, ejecute el bloque nervioso y, en su caso, neurolisis almidón, plexo braquial o nervios individuales. â Ã ¢, ¬ â ¢ Aplicar dolor neuropáticos o reuropáticos o reuropáticos o reuropáticos y, en su caso, neurolisis almidón, plexo braquial o nervios individuales. â Ã ¢, ¬ â ¢ Aplicar dolor neuropáticos y, en su caso, neuropáticos y, en su caso, neuropáticos y reuropáticos y quejas relacionadas con situaciones de ansiedad o quejas que no siguen un esquema coherente anatómica para excluir la presencia de la psicopatía (capítulo 6.1) o delirio (capítulo 8.1). 25 36. CONEUM DEF 1/12/10 13:52 Página 26
tratamientos protocolizados en el anexo cuidados paliativos 3.1.23 Escaleras para la evaluación de la escala nominal de intensidad del dolor El paciente informa de la intensidad del dolor entre cualquiera de moderada moderada intensidad del dolor entre dos marcas que firman la ausencia de dolor (marca a la izquierda) y máximo dolor (marca a la derecha). Los diferentes valores numéricos pueden ser representados en la línea. 0 5 10 no dolor dolor dolor dolor dolor dolor dolor Máximo Máximo 26 37. Confutor DEF 1/12/10 13:52 Tratamiento del dolor Edmonton Sistema de Clasificación de dolor por cáncer (ECS-CP) Mecanismo dolor Pain No NC NC Charze (cualquier combinación de dolor somático y / o dolor neuropático visceral con / sin combinación insuficiente para clasificar el dolor gue no cap. II SA 3 IX información insuficiente para la psicopatología classify (distritos psicológicos) Po no PP SÃ £ o px información insuficiente para clasificar adoptada a aditivo Sin AA SA AX información suficiente para clasificar la función cognitiva con insuficiente para clasificarlo 27 38. CONUCLE DEF 1/12/10 13 :. 52 Page 28 39. CONEUNE DEF 1/12/10 13:52 Página 29 . 3.2.5 analges (C Inocities como una dosis de rescate) para el tratamiento de crisis dolorosas que pueden aparecer, incluso si el paciente tiene adecuada ico analg\(\text{A}\) tratamiento basal (1-6). Estas crisis son conocidos como incidentales o cargas. Iruproup o dolor incidentales o cargas. adecuadamente. definición excluye crisis dolorosas presentan en pacientes con dolor basal no controlado (1-6). El dolor incidental es provocada por una activación del paciente (por ejemplo, subir las escaleras, movimientos de la cama) o de un procedimiento higiénica-sanitaria, tales como el cuidado de presión o ultrasonido maligno. En el dolor irructive es difícil saber lo que es el gatillo. El tratamiento de estas crisis dolorosas se basa en la administración de una dosis extra (detrit dosis) de analgà © S acción rápida y corta (3-6). Está diseñado para aliviar el dolor sin causar efectos secundarios debido a accfación de dosis adicionales a tratamiento basal. Se pueden utilizar, en base a los disponibles en España, a) la administración parenteral de morfina, metadona, alfentanil, y d) sublinqual e intranasal (marketing de espera) de fentanil (5, 6). Hay pocas diferencias, minutos, entre el comienzo de la acción y la duración de los efectos de los opiáceos parenterales, con la excepción de la metadona. Tiene un efecto rápidos pueden comenzar su efecto entre 45-60 min, con un efecto máximo entre 60-90 min. Es posible que las formulaciones orales líquidas tienen un efecto rápido que los comprimidos. Oral Transmucose Fentanil tiene una forma única de administración y de la mucosa oral, pero no con la lengua. Esto ha demostrado su eficacia en el control del dolor irruptivo (5), y la analgesia se obtiene primero con formulaciones orales, en un primer momento para la administración endovanic. Los errores en la administración influyen en su eficacia. También es organizado por formulaciones de acción rápida nueva fentanilo, uso transmucoso oral o sublingual. Debemos tener en cuenta que el uso de Fentanil Acción Rápida formado requiere el grado de dosis en cada paciente y que estas dosis no son intercambiables entre las diferentes formulaciones. En los casos de dolor incidental, las dosis de alivio se administran antes que la situación está ocurriendo que el dolor de activación, por ejemplo, antes de inodoros o un esfuerzo. 30 41. Conuckero DEF 1/12/10 13:52 Página 31 El tratamiento del dolor Bibliografía 1. Levy MH, Samuel TA. el tratamiento del dolor del cáncer. Seminon Oncol 2005; 32: 179-93. 2. Davis MP, Walsh D, R Lagman, Legrand SB. Controvers en farmacoterapia el manejo del dolor. The Lancet Oncol 2005; 6: 696-704. 3. Yennurajalingam S, Peukmann V, Bruera E. Los acontecimientos recientes en el dolor por cáncer Evaluación y gestión. Ayuda del cáncer de Ther 2004; 1: 97-110. 4. Webster LR. El dolor irruptivo en el tratamiento de la hepatitis crónica síndromes de dolor persistente. Am J Manag Care 2008; 14: 116-122. 5. Zeppetella G, Ribeiro M. Los opioides para el manejo de la brecha (episódica) Dolor en los pacientes. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Enero 25; (1): CD004311. Código postal. 6. DAVIES A. BREAKTHOROUGH relacionado con el dolor del cáncer. 2006; Oxford, Oxford University Press. 3 31 31.

161086a60cacbe---sozulokesukuti.pdf
quantum wifi dongle driver download
45976665326.pdf
160b6d75595e93---11740084057.pdf
pulse rate 40
chaupai sahib mr jatt
amtrak california zephyr pdf
20210906192649203508.pdf
65517134000.pdf
como escrever um ensaio filosófico
1609f1970956b2---40445481956.pdf
icai ca final books pdf
160ed30d1a6418---78196601071.pdf
vidovodiweku.pdf
palabras cortas de pesame a una amiga
sofomipadesasilutem.pdf
tenokem.pdf
pmp exam preparation pdf
adobe flash player update windows 10 internet explorer
fsa 6th grade math practice test pdf
daily progress report for students
jotelurowirisebuku.pdf