

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEGUNDO PARCIAL.

TEMA: CONTROL DE SINTOMAS.



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

PRINCIPIOS DEL CONTROL DE SINTOMAS

Los síntomas son principalmente marcadores o indicadores de una enfermedad y especialmente de la fisiopatología de la enfermedad. El inicio brusco de una tos productiva, fiebre, escalofríos, sudoración y dolor torácico pleurítico en un individuo no hospitalizado que por lo demás está sano hace que el médico considere varios posibles diagnósticos, de entre los cuales destaca la neumonía adquirida en la comunidad. El siguiente paso es considerar qué estudios diagnósticos se deben solicitar, y si se confirma el diagnóstico, el médico decidirá prescribir un tratamiento para curar la enfermedad.

Varios estudios han demostrado que los síntomas son más frecuentes y graves según el paciente se aproxima a la muerte. Los 10 síntomas más frecuentes, en orden descendente de frecuencia, fueron el dolor, la astenia, la debilidad, la anorexia, la caquexia, la baja energía, la xerostomía, el estreñimiento, la disnea y la saciedad precoz. Generalmente, todos los síntomas se clasificaban como de intensidad moderada o grave; sin embargo, cuanto más prevalente es el síntoma, más grave era. Los síntomas son frecuentes en la enfermedad avanzada ya fueran causados por una enfermedad neoplásica o no.

Siempre que sea posible, deberían identificarse la fisiopatología y el mecanismo subyacentes del síntoma. Los síntomas pueden tener varias causas:

- Progresión o complicación de la enfermedad subyacente.
- Complicaciones del tratamiento de la enfermedad.
- Efectos secundarios del tratamiento paliativo de otro síntoma.
- Entidades no relacionadas.

El médico debería obtener una anamnesis cuidadosa, con especial énfasis en la revisión de aparatos y sistemas. Generalmente, una exploración física dirigida junto con las adecuadas pruebas diagnósticas de laboratorio y radiología confirman la anamnesis. Solicitar estudios diagnósticos rutinarios de forma mecánica o realizar pruebas por curiosidad clínica no son prácticas aceptables. Cualquier intervención puede suponer una carga considerable y aumentar el sufrimiento de estos pacientes vulnerables. Las técnicas diagnósticas sólo se solicitan si se puede actuar en

consecuencia o cambiar el abordaje terapéutico según la información obtenida. Puede requerirse que se repitan las evaluaciones con frecuencia según cambie la situación.

Se han desarrollado instrumentos para valorar el dolor y otros síntomas con el objetivo de estandarizar y mejorar las evaluaciones clínicas y proporcionar guías válidas y fiables para revisiones e investigación clínicas. Los médicos deberían utilizar de forma habitual los instrumentos de valoración breve para preguntar a los pacientes sobre el dolor, la depresión y la astenia y para iniciar tratamientos basados en evidencias.

Algunos síntomas son difíciles de tratar y requieren intervenciones complejas, de alta tecnología, pero aproximadamente el 90% pueden ser controlados con intervenciones sencillas, de baja tecnología, que requieren un conocimiento médico básico. La clave para el mejor control de los síntomas es la aplicación de principios que incorporan conocimiento médico práctico, experiencia técnica y habilidades de comunicación. Todos los médicos de cuidados paliativos deberían aplicar determinados principios cuando atienden a sus pacientes: anticipar las complicaciones, tratar los mecanismos subyacentes de los síntomas, proporcionar un cuidado individualizado e integral, proporcionar información y recibir consultas y asegurar la continuidad de los cuidados.

La mayoría de las enfermedades terminales tienen complicaciones que son previsibles y pueden ser anticipadas. Tenerlas en cuenta permite a los médicos evitar o tratar una complicación en el primer momento posible, y por tanto reducir la intensidad o la duración del síntoma acompañante. Por ejemplo, los pacientes con cáncer colorrectal tienden a sufrir obstrucción intestinal y en este grupo una buena elección en la medicina paliativa preventiva es el especial énfasis en las pautas de laxante y en evitar las dietas con alto contenido en fibra. Las mujeres con cáncer ginecológico pueden desarrollar dolor por plexopatía sacra, y tener en cuenta esta entidad dolorosa puede permitir un tratamiento precoz y más satisfactorio. Los pacientes con tumores de cabeza y cuello pueden tener una hemorragia masiva súbita. Es fundamental preparar a la familia para esta posibilidad. Si la familia no puede soportar pensar que esto pueda ocurrir en casa, debería planificarse un

ingreso en la residencia para enfermos terminales al primer signo de hemorragia excesiva.

Los tratamientos paliativos con frecuencia están asociados a complicaciones que se previenen o tratan mejor de forma rápida. Un ejemplo es el uso de corticoides, que puede hacer a los pacientes susceptibles a la candidiasis orofaríngea. El médico debería realizar exploraciones orales frecuentes y proporcionar tratamiento al primer signo de muguet. Los opiáceos tienen las conocidas complicaciones del estreñimiento, las náuseas, la sedación y el delirio. Debería ser habitual la anticipación y el tratamiento de estos problemas. El complejo sintomático de la neurotoxicidad inducida por opiáceos (es decir, hiperalgesia, alodinia, delirio y empeoramiento del dolor) se reconoce con menor frecuencia. Tener en cuenta y anticipar esta posibilidad puede evitar consecuencias devastadoras.

Las dificultades psicosociales pueden causar una mala respuesta a los tratamientos. Los pacientes con escaso apoyo familiar pueden ser incapaces de seguir pautas complejas de tratamientos.

Las familias con bajos ingresos pueden no permitirse medicamentos caros. La anticipación de estos problemas y la participación precoz de los servicios sociales puede lograr mejores estrategias y resultados terapéuticos.

El tratamiento de un síntoma puede depender del mecanismo. Por ejemplo, existen diferencias en el tratamiento de las náuseas asociadas a la hipercalcemia, la gastroparesia, el aumento de la presión intracraneal, la esofagitis candidiásica, el uso de opiáceos o el estreñimiento. La prescripción mecánica de prometazina para las náuseas en un paciente terminal sin considerar la causa subyacente nunca son apropiadas a menos que la persona esté cerca de la muerte. ¿El dolor abdominal del paciente está causado por el estreñimiento, por la progresión de la enfermedad con afectación de un plexo nervioso o por una obstrucción intestinal incipiente?

Todos se tratan de forma diferente.

Los síntomas de un paciente se experimentan en el contexto de una historia vital, una familia y una comunidad. Los acontecimientos ocurridos o que están ocurriendo desempeñan una función significativa en la manifestación de los síntomas, La mayoría de los pacientes quieren saber lo que está ocurriendo en y a su cuerpo y

con su vida. Sin embargo, resulta presuntuoso forzar la información en pacientes que pueden no quererla. Antes de compartir una información, los pacientes deberían ser preguntados por lo que les gustaría saber sobre su circunstancia. Si el paciente no desea saber, el siguiente paso es determinar quién querría conocer la información y si él o ella tomarían decisiones por el paciente. Explicar el diagnóstico, los tratamientos, los beneficios, las cargas, las potenciales complicaciones de los tratamientos y el pronóstico permite al paciente y a la familia fijar objetivos para el cuidado y el tratamiento. Dar esta información y explicar sus ramificaciones permite una comunicación honesta y abierta entre el médico y el paciente, lo cual promueve una relación de confianza y un contexto en el que pueden producirse posteriores conversaciones y decisiones. Compartir información clarifica muchas cosas que previamente no se comprendían. Proporciona al paciente y a la familia una sensación de control y seguridad incluso ante una enfermedad grave. Esta sensación de control y seguridad es una forma de tratamiento de los síntomas en sí mismo porque el resultado es una disminución de la ansiedad, la preocupación y el estrés de la familia. Puede que se necesite mantener estas conversaciones en muchas ocasiones. El médico debería considerar proporcionar al paciente y a la familia un resumen por escrito de lo que se habló y de las decisiones tomadas. También puede considerarse la grabación en cinta de la reunión para su uso por el paciente y la familia. El ingrediente más importante en la mezcla de principios para un tratamiento excelente de los síntomas en cuidados paliativos es la relación entre el equipo de cuidados paliativos y el paciente y la familia.

Bibliografía: Declan Walsh. (2010). PRINCIPIOS DE CONTROL DE SINTOMAS. En Medicina paliativa (813-821). Barcelona, España.: ELSEVIER SAUNDERS.