

# Universidad del Sureste

## Escuela de Medicina

### ARTICULOS CONTROL DE SINTOMAS

Materia:  
Medicina paliativa.

Docente:  
Dra. Domínguez Silva Ana Laura.

Semestre:  
6“B”.

Alumna:  
Michelle Junuem Maldonado Hernández.

reader.elsevier.com

Mis actividades | UDS en el paciente oncológico - ScienceDirect oncológico | Elsevier Enhanced Reader Página principal

Outline Figures (5) 1 / 7

Gaceta Mexicana de Oncología. 2015;14(3):150-156

ELSEVIER SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C. GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA www.elsevier.es/gamo

ARTÍCULO ORIGINAL

**Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico**

Celina Castañeda de la Lanza<sup>a,\*</sup>, Gabriel J. O'Shea C.<sup>a</sup>, Marco Antonio Narváez Tamayo<sup>b</sup>, Javier Lozano Herrera<sup>a</sup>, Guillermina Castañeda Peña<sup>a</sup> y Juan José Castañeda de la Lanza<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México DF, México  
<sup>b</sup> Hospital Obrero Caja Nacional de Salud, La Paz, Bolivia  
<sup>c</sup> Unidad de Alta Especialidad, Centro Médico de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México

Recibido el 28 de abril de 2015; aceptado el 20 de mayo de 2015  
Disponible en Internet el 2 de octubre de 2015

**PALABRAS CLAVE**  
Cuidados paliativos;  
Calidad de vida;  
Control de síntomas;  
CAUSES

**Resumen** La calidad de vida constituye un concepto multidimensional y evaluar al paciente representa un reto debido a la necesidad de mostrar su carácter multifacético. Medir la calidad de vida con un solo instrumento refleja la calidad de vida global y esto se considera adecuado para pacientes en entornos paliativos debido a sus condiciones generales, además de que es sumamente útil para el seguimiento. Se recomienda la aplicación de instrumentos validados, sencillos y fáciles de interpretar por el paciente y por el propio equipo de profesionales sanitarios. Las evaluaciones individualizadas reflejan mejor los dominios rele-

CrossMark

FEEDBACK

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Plato Cornfort FM, editor. The Republic of Plato. New York: Oxford University Press; 1972. p. 139-43.
2. Aristotle Ross WD, editor. Ethica Nicomachea. Oxford, UK: Clarendon Press; 1925, 1095a-1096-b.
3. World Health Organization. World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41:1403-9.
4. Sirgy MJ, Michalos AC, Ferris AL, et al. The quality-of-life (QOL) research movement: Past, present, and future. Soc Indicators Res. 2006;76:343-466.
5. Seguro Popular Catalogo Universal de Servicios de Salud/CAUSES. Marzo 2014 (véase intervención 88 CAUSES/MARZO 2014).
6. O'Boyle CA, Waldron D. Quality of life issues in palliative medicine J. Neurol. 1997;244 suppl4:S18-25.
7. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Conference, New York, June 19-22, 1946; signed on July 22, 1946 by the representatives of states and entered into force on April 7, 1948. Official Records of the World Health Organization; n (2). Geneva, World Health Organization, 1948, p100).
8. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: Using quality of

# CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE SÍNTOMAS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

La calidad de vida constituye un concepto multidimensional y evaluar al paciente representa un reto debido a la necesidad de mostrar su carácter multifacético. Al hablar de la calidad de vida de un paciente, podemos englobar este concepto como la diferencia entre la expectativa y su realidad; es decir, cuanto más grande sea la diferencia entre estos, más demeritada se verá su calidad de vida.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud, cómo no solamente la ausencia de enfermedad, sino la presencia de bienestar físico, mental y social. Se reconocen seis dominios principales sobre la calidad de vida.



Existen tres formas de mejorar la calidad de vida mediante la reducción de la diferencia entre expectativas y realidad:

- Aumentar el nivel de la realidad manteniendo iguales las expectativas.
- Disminuir el nivel de expectativas manteniendo igual la realidad.
- Cambiar tanto las expectativas (reducción) como la realidad(aumento).

Existen diferentes tipos de instrumentos para medir la calidad de vida. Los que se utilizan en entornos de cuidados paliativos pueden clasificarse en dos grupos:

los que están diseñados específicamente para la medicina paliativa y aquellos que se han adaptado de poblaciones generales o de enfermos de cáncer.

Los principales instrumentos son:

<b>Genéricos</b>	<b>Específicos de cada enfermedad</b>	<b>Diseñados para la medicina paliativa</b>
<p>El cuestionario de MOS SF-36 fue uno de los primeros instrumentos desarrollados para la población en general. Evalúa 8 dominios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionamiento físico y bienestar.</li> <li>• Limitaciones funcionales debido a problemas físicos.</li> <li>• Dolor corporal.</li> <li>• Función social y bienestar.</li> <li>• Salud mental.</li> <li>• Limitaciones funcionales debidas a problemas emocionales.</li> <li>• Vitalidad, energía o fatiga.</li> <li>• Salud general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LQ - C 3 0 es un cuestionario específico de la enfermedad y autocumplimentado.</li> <li>• Mide el impacto de la enfermedad y del tratamiento sobre:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La salud física.</li> <li>2. Los síntomas psicológicos.</li> <li>3. El funcionamiento social en los pacientes con cáncer.</li> </ol> </li> </ul>	<p>El Índice de Calidad de Vida en Residencias de Enfermos Terminales 13 (Hospice Quality of Life Index).</p> <p>Es un instrumento de medida multidimensional y autocumplimentado que integra dominios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Físico.</li> <li>• Funcional,</li> <li>• Psicológico.</li> <li>• Social.</li> <li>• Espiritual.</li> <li>• Económico</li> </ul>

La calidad de vida en el paciente oncológico y con enfermedades crónico-degenerativas en fase avanzada es para la medicina y los cuidados paliativos la parte central de su atención. Lograr una mejora en la calidad de vida en la enfermedad oncológica, crónica o debilitante, es una prioridad en los cuidados paliativos. Son necesarias evaluaciones sistemáticas y frecuentes a fin de facilitar la detección de necesidades y problemas del paciente, además de que contribuyen a facilitar la comunicación y permiten que la monitorización de los cambios y respuestas a los tratamientos sean identificados rápidamente.

Siempre que sea posible se debe dirigir el tratamiento a la causa pero nunca olvidar que el manejo sintomático para disminuir el sufrimiento es el objetivo de nuestra intervención. Se toman a consideración dos aspectos importantes.

La preservación de las funciones globales que contribuyen a proteger la calidad de vida. El control sintomático efectivo y eficiente, al estar proporcionando el cuidado paliativo a nuestros pacientes contribuye a mejorar

- a. Funciones físicas.
- b. Funciones ocupacionales.
- c. Estado psicológico.
- d. Interacción social.
- e. Sensaciones somáticas.

## **CUIDADOS DE SOSTÉN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

Emil Freireich introdujo el concepto de la quinta modalidad de tratamiento del cáncer, en lo que ahora se denomina cuidado de sostén en el paciente oncológico. Este campo de los cuidados paliativos tiene por objeto prevenir y tratar todas las complicaciones que se pudieran presentar en el paciente como resultado de su enfermedad o de la terapéutica. Comprende las siguientes áreas:

1. Prevención de la infección.
2. Terapéutica en infectología.
3. Soporte transfusional y tratamiento de la anemia.
4. Nutrición.
5. Accesos y equipos de infusión intravenosa.
6. Tratamiento de los efectos de la quimioterapia.
7. Tratamiento de las anormalidades metabólicas.
8. Uso de antieméticos.
9. Control del dolor.
10. Manejo de síndromes paraneoplásicos.
11. Cuidado de la calidad de vida.
12. Psicooncología.
13. Manejo del paciente terminal.
14. Mucositis oral.
15. Tratamiento del dolor asociado al cáncer. Una vez que el mecanismo del dolor es determinado, se debe iniciar el tratamiento.

## **ATENCIÓN AMBULATORIA.**

Contempla la consulta de medicina general o familiar y la especialidad. A este grupo corresponden 110 intervenciones que permiten el establecimiento del diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades infecciosas y crónicas. Se debe garantizar la atención integral y multidisciplinaria del paciente.

## **ATENCIÓN HOSPITALARIA.**

En este conglomerado se incluyen 49 intervenciones que concretan las patologías que requieren de estancia hospitalaria y del manejo multidisciplinario por médicos especialista indispensable para su control y estabilización.

# 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*

## Generalidades

### 1. Principios generales del control de síntomas

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), propone los siguientes:

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.

# PRINCIPIOS GENERALES DEL CONTROL DE SÍNTOMAS.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), propone los siguientes:

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).

No siempre el cáncer es el responsable de los síntomas. Éstos pueden ser motivados por:

- El cáncer
- Los tratamientos anticáncer
- La debilidad
- Causas totalmente ajenas al cáncer.

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**. Discutir 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**. Detallar muy bien los medicamentos que tiene que tomar el enfermo, con qué intervalos, la vía de administración, si es conveniente tomarlas con las comidas o no, los medicamentos que tiene que tomar a horas fijas y los que puede tomar sólo si los precisa, etc.

**8. Síntomas constantes, tratamiento preventivo.** Algunos síntomas en estos enfermos son permanentes. En estos casos, los medicamentos habrá que darlos de forma "fija", nunca "a demanda", para evitar la aparición de dicho síntoma.

**9. Revisar, revisar y revisar.** Es difícil conocer de antemano las dosis que necesitará cada enfermo, sobre todo de algunos medicamentos (analgésicos, laxantes y psicofármacos). El cáncer es una enfermedad progresiva, lo que hace que la situación vaya cambiando también progresivamente. Estos cambios serán más frecuentes e importantes a medida que la enfermedad avanza, llegando en las fases agónica y preagónica a producirse en cuestión de horas o minutos.

**10. No limitar los tratamientos al uso de fármacos.** Siempre el posible beneficio de la aplicación de calor o frío(termoterapia, crioterapia), administración de masajes(masoterapia), la dieta, la terapia ocupacional, rehabilitación, relajación, etc.

