Globethics Repository



Calidad de vida y control de sintómas [Quality of life and symptom control]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Castañeda de la Lanza, Celina;Castañeda de la Lanza, Juan José
Publisher	Comisión de bioética del Estado de México
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-12 09:50:49
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/214062



Calidad de vida y control de sintómas

Celina Castañeda de la Lanza *
Juan José Castañeda de la Lanza **

La sociedad a partir de todas las luchas de tipo bélico, espiritual, artístico, filosófico, literario, sanitario y económico, ha tenido una evolución que generó que el Estado como un ente regulador político y económico asegure a su sociedad, a su pueblo, el estado de bienestar; esto significa, asegurar la cobertura gratuita de las necesidades básicas del ser humano, como son la atención medica y la educación. Esto ha promovido que el individuo pueda prescindir de ese ahorro que se iba directamente a la procuración de salud y que ahora se puede dirigir a otras áreas de consumo.

Quizá la parte más interesante para los involucrados en la salud es la revolución médica, donde la salud se convierte en un objetivo fundamental y un bien de consumo. Por ello, la ciencia y la tecnología se volcaron en campañas mercadológicas donde la salud, belleza, bienestar y juventud son la imagen ideal y cotizada como artículo de venta para las posiciones de trabajo más rentables. Haciendo suponer que una persona con estas características es más productiva, dando como resultado el binomio "estar bien" para trabajar y trabajar para adquirir los medios y "estar bien".

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida no nace precisamente de un sistema sanitario, nace en el medio socio-laboral donde era catalogado como un índice de rendimiento, lo que quiere decir es que si no se podía aumentar la producción si era posible aumentar la calidad del producto. Es así como se traslapa el término a la medicina, sin perder la relación costo-beneficio que esto implica. Esto, en la clínica, implica la incorporación del concepto de calidad de vida, y ahora, debido a eso, es posible justificar o rechazar un tratamiento tomando en cuenta el costo y su beneficio.

¿Qué es calidad de vida? ¿La podemos comprar? ¿Quién tiene buena o mala calidad de vida?

Nos podemos preguntar si es cierto que las campañas de publicidad nos pueden asegurar una mejor calidad de vida a través de una oferta por radio o televisión de cualquier cosa: un ventilador, un colchón, una bebida.

Siempre que cuestionamos a alguien para que nos defina el concepto de calidad de vida nos encontramos respuestas vagas e indecisas, es posible observar que aunque se ha convertido en un *slogan*, rara vez se puede precisar el concepto.

Tomaremos como referencia la felicidad y la sensación de bienestar, términos a los que se alude para referirnos a la calidad de vida; de estos, la felicidad es un sentimiento, por lo tanto es subjetivo; el confort es objetivo, subjetivo o relativo el término de calidad de vida.

Calidad de vida es un concepto dual que integra aspectos subjetivos y objetivos, partiremos de ello para decir que la evaluación de calidad de vida es

* La doctora Celina Castañeda de la Lanza, es anestesiologa con subespecialidad en Medicina paliativa, es coordinadora del Programa Estatal de Medicina Paliativa.
** El doctor Juan José Castañeda de la Lanza, es anestesiologo por la UMAE, actualmente esta adscrito al centro médico del IMSS occidente.

cualitativa y cuantitativa, con esto se puede evaluar la calidad del sentimiento de felicidad y medir la sensación de confort.

Existen parámetros que integran la calidad de vida, y abarcan las diferentes esferas del ser humano: religioso, espiritual, psicológico, cultural, afectivo, social, económico, laboral y físico; la evaluación de calidad de vida se muestra en índices globales o multidimensionales.

Cuando elegimos una escala para evaluar la calidad de vida debemos buscar que ésta cumpla con los requisitos de ser:

Válida: que el instrumento esté probado y arroje resultados reales.

Factible: que sea accesible y arroje buenos resultados.

Reproducible: que produzca resultados idénticos en circunstancias idénticas, en cualquier población.

Sensible y específica: que sea capaz de detectar pequeñas variaciones y que, siempre que esto ocurra, la metodología lo detecte.

Correlacionable: significa que cuando se valore con varias metodologías el mismo objetivo debe arrojar resultados idénticos.

La calidad de vida en el paciente oncológico y con enfermedad crónica degenerativa en fase avanzada es para la medicina paliativa la parte central de su atención. Con los avances que han ocurrido en el diagnóstico y tratamiento de todos los tipos de cáncer en las últimas dos décadas, solamente una pequeña proporción (menos del 50%) son curados. Una proporción muy alta de estas curaciones, se presenta en pacientes con etapas clínicas tempranas que reciben un tratamiento basandose en cirugía o radioterapia, sólo una fracción muy baja son curados con quimioterapia u otros agentes como los modificadores de la respuesta biológica. Desafortunadamente, a pesar de que muchas veces se pueden lograr buenas paliaciones o que se incremente el intervalo libre de enfermedad, los pacientes en forma inevitable sufrirán los efectos tóxicos y las secuelas de las terapias.

El control de síntomas en el paciente con cáncer y con enfermedad crónica degenerativa en fase avanzada es necesario; por lo que, poblaciónes en las que predominan los adultos mayores y las enfermedades emergentes cardiovasculares, metabólicas como la diabetes mellitus que implican un proceso de repercusión hacia otros órganos y sistemas que generalmente evolucionan hacia la insuficiencia; a las infecciosas: hepatitis y cirrosis , VIH/SIDA; las neurológicas del tipo de esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrofica y parkinson. Estas enfermedades afectan y repercuten en la mayoría de los sistemas, y el dolor es uno de los múltiples síntomas que observamos, sin duda el principal motivo de consulta en nuestro medio.

Pero la expresión de los síntomas cambia dependiendo del órgano o sistema afectado, de tal manera que a nivel neurológico tenemos desordenes que constituyen una verdadera urgencia, tal como la agitación psicomotriz, convulsiones, delirio; a nivel respiratorio la disnea y el estridor por mencionar algunos; gastrointestinales: como la obstrucción intestinal maligna, nausea, vómito, estreñimiento, anorexia, disfagia; el sistema circulatorio con hemorragias, linfedema genitourinario con dolor, sangrado, retención aguda de orina; el aparato locomotor con limitación para la función y/o movilización; en la piel perdida de la continuidad e infecciones.

Los síntomas en ocasiones son devastadores para el paciente y la familia, de tal manera que nuestros esfuerzos serán dirigidos al control de estos, dependiendo del aparato o sistema involucrado siempre que sea posible dirigir el tratamiento a la causa; pero nunca olvidar que el manejo sintomático para disminuir el sufrimiento es el objetivo de nuestro actuar.

Debemos de considerar la preservación de las funciones globales que contribuyen al efecto de calidad de vida y el control de síntomas al proporcionar el cuidado paliativo a nuestros pacientes.

Entre los cuidados paliativos que destacan, la preservación de las funciones físicas y ocupacionales, el estado psicológico, la interacción social y la presencia de sensasiones somáticas.

Estas definiciones nos llevan a pensar en primun non nocere, que uno de los objetivos de la medicina moderna debe ser la morbilidad y mortalidad asociadas a terapias deben desaparecer.

Es esencial que a los pacientes con enfermedad neoplásica maligna avanzada se les proporcione un cuidado paliativo adecuado, ya sea en el hospital, en su hogar o en otras instituciones. Deben tener el derecho de recibir un alivio adecuado para el dolor, y en ocasiones por la falta de conocimiento del tema esta acción no es llevada a cabo. Además de conocer los métodos del control de dolor, debemos saber acerca de los antieméticos, sedantes, laxantes, etc., para mejorar la calidad de vida en el paciente terminal.

Cuidados de sostén para el paciente oncológico

Emil Freireich introdujo el concepto de "quinta modalidad" tratamiento del cáncer, lo que ahora se llama cuidado de sostén en el paciente oncológico; este campo 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. Estas áreas son las siguientes: prevención de la infección; terapéutica en infectología; soporte transfusional y tratamiento de anemia; nutrición, accesos y equipos de infusión intravenosa, tratamiento de los efectos de la quimioterapia, tratamiento de las anormalidades metabólicas, uso de antieméticos, control de dolor, manejo de síndromes paraneoplásicos, cuidado de la calidad de vida, psicooncología, manejo del paciente terminal, mucositis oral y tratamiento del dolor por cáncer.

Una vez que el mecanismo del dolor es determinado, se debe iniciar el tratamiento.

Es importante tener en cuenta las posibilidades reales y potenciales del paciente acerca de su enfermedad, para que nuestra actividad vaya encaminada a fortalecer su concepto de calidad de vida, tener claro calidad sobre cantidad.

Evitemos tratamientos costosos y que probablemente introduzcan nuevas causas de dolor, prolongación del sufrimiento, abandono social y familiar que dieran como resultado una pérdida mayor en su calidad de vida.

El personal de la salud debe tener presente estos conceptos e identificar las áreas de oportunidad, ir hacia la mejora continua y tener claro que buscamos el beneficio integral del paciente y la familia, favoreciendo las medidas de confort y bienestar en su entorno familiar, social y económico.

Referencias bibliográficas

Aaronson, N. K. y J. H. Beckman, (1987) *The quality of life of cancer patients.* New York: Raven. p.p. 1 - 10

Feld, R. (1990) *Current opinion in oncology.* volumen 2, ISSUE 5. pp. Toronto: Overview. pp. 309 - 311.

Goldhirsch, R.D. y R. J. Gelber, (1989) *Cost and benefits of adjuvant terapy in breast cancer: a quality adjustted survival analysis*. volumen 7. Switerland: American Society of Clinical Oncology. pp. 36 - 44.

Preistman, T. J. y M. Baum. (1976) *Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer.* volumen 1. New York: Lancet. p.p. 899 - 901 .

Schipper, H., J. Clinch y Powell V. (1990) *Definitions and conceptual issues.* New York: Raven. p.p.11 - 24.