

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

TEMA: RESUMEN CONTROL DE SINTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

UNIDAD: PRIMERA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 6° "A"

FECHA DE ENTREGA: 13-SEPTIEMBRE-2020

INTRODUCCIÓN

El control de síntomas en el paciente neoplásico en fase avanzada es la base en la que se sustentan los demás principios en cuidados paliativos. A lo largo de la evolución de su enfermedad, los enfermos neoplásicos van a presentar múltiples síntomas de intensidad variable, cambiante y de origen multifactorial.

Para poder realizar un abordaje que permita un control sintomático adecuado es necesario: 1. Previo a cualquier tratamiento, realizar una evaluación etiológica que nos permita determinar si un síntoma es atribuible a la enfermedad neoplásica, secundario a los tratamientos recibidos o bien sin relación con ellos. 2. Determinar la necesidad de tratar un síntoma en función de la fase evolutiva del paciente y de su situación clínica. Valorar la relación daño/beneficio (no siempre lo más adecuado es tratar los síntomas; por ejemplo, administrar antibióticos en un paciente moribundo con fiebre de probable origen infeccioso). 3. Iniciar el tratamiento lo antes posible y realizar un seguimiento de la respuesta al mismo. 4. Elegir tratamientos de posología fácil de cumplir, adecuar la vía de administración a la situación del paciente y mantener la vía oral siempre que sea posible. 5. Evitar la polimedicación y no mantener medicamentos innecesarios hasta el último momento. 6. Informar al paciente, y en su defecto, con su permiso a su familia o cuidador principal, de la situación clínica y las posibilidades reales de tratamiento de los distintos síntomas. 7. Cuidar en el domicilio a un paciente neoplásico en las últimas etapas de su vida genera una gran sobrecarga para la familia tanto desde el punto de vista físico como psicológico. No realizaremos un tratamiento paliativo correcto si no intentamos aliviar esta situación. Es necesario informar y resolver todas las dudas que puedan surgir, así como consensuar las decisiones a tomar con el paciente teniendo en cuenta también a la familia.

ANOREXIA

La anorexia se define como la pérdida de apetito. Es un síntoma muy frecuente en los pacientes con cáncer y suele generar un importante impacto emocional tanto en el paciente como en su entorno. Es necesario explicar la naturaleza del problema y las limitaciones de su tratamiento. Antes de iniciar el tratamiento

debemos descartar causas reversibles: fármacos, depresión, estreñimiento, dolor, mucositis, náuseas y vómitos, saciedad precoz (puede ser de utilidad la metoclopramida). En el tratamiento de la anorexia-caquexia de los pacientes neoplásicos se han utilizado múltiples fármacos. Los más avalados en ensayos clínicos son los corticoesteroides y el acetato de megestrol.

ASTENIA

Es uno de los síntomas más frecuentes. Pueden existir múltiples factores que influyen en la astenia del paciente oncológico (relacionados con los tratamientos antitumorales, mal control de otros síntomas, anemia, infecciones, hipoxia, alteraciones metabólicas o endocrinas, fármacos, trastornos del ánimo, etc.) y que pueden precisar un tratamiento específico.

Los fármacos habitualmente empleados: Corticoesteroides: prednisona 20-40 mg/día o dexametasona 4-6 mg/día. Psicoestimulantes: metilfenidato 5-10 mg por la mañana y 5 mg por la tarde. Pacientes con anorexia-caquexia: acetato de megestrol 480-800 mg/día.

BOCA SECA Y/O DOLOROSA

Se presenta hasta en el 100% de los casos. Los pacientes pueden referir dolor bucal, dificultad para la ingesta y ausencia de saliva. Las causas más frecuentes son:

- Mucositis por quimioterapia o radioterapia.
- Fármacos (opioides, anticolinérgicos, antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas, etc.).
- Infecciones bucales (candidiasis, herpes, etc).
- Deshidratación.

Tratamiento de la boca seca

- Si es secundaria a la ingesta de fármacos debemos revisar la necesidad de tomarlos.

- Medidas generales: limpiar diariamente la boca y eliminar los detritus. Para ello se utilizan enjuagues con soluciones desbridantes ($\frac{3}{4}$ de bicarbonato y $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada o $\frac{3}{4}$ de suero salino fisiológico y $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada). Si el paciente no es capaz de realizar enjuagues se aplican estas soluciones con un cepillo suave de dientes o con un bastoncillo de algodón.
- Aumentar la salivación: chupar pastillas de vitamina C, trozos de piña natural, caramelos sin azúcar, cubitos de hielo aromatizados con limón.
- Prescribir saliva artificial comercializada o en fórmula magistral: 12 mg de metilcelulosa, 0,2 ml de esencia de limón y 600 cc de agua.
- Pilocarpina 5 mg/8 horas vía oral o 2 gotas de colirio al 4%. Como principal efecto secundario puede producir hiperhidrosis.

Tratamiento de la boca dolorosa:

- En las afecciones dolorosas de la boca se pueden utilizar soluciones anestésicas varias veces al día:
 - Lidocaína viscosa al 2%, 5-10 ml enjuagar y tragar.
 - Hidróxido de aluminio y lidocaína al 2% en partes iguales.
 - Difenhidramina (enjuagues con cápsulas disueltas en agua).

CONVULSIONES

Las convulsiones en el paciente oncológico suelen ser secundarias a afectación tumoral primaria o metastásica, en ocasiones pueden ser secundarias a alteraciones metabólicas (hiponatremia, hipoglucemia, alteraciones del calcio, etc.). En pacientes con afectación tumoral a nivel cerebral no existe evidencia del uso profiláctico de anticonvulsivantes. Si existe edema cerebral el tratamiento consiste en utilizar dexametasona a dosis de 4 mg/6 horas.

DIAFORESIS (SUDORACIÓN PROFUSA)

La hiperhidrosis o diaforesis se define como el exceso de sudoración que presentan determinadas personas. Puede producirse a causa del tumor o de sus

tratamientos y manifestarse por la noche (*night sweats*) o durante todo el día. En pacientes con cáncer de mama o de próstata pueden presentarse sofocos (*hot flashes*) en relación con la deprivación hormonal, que pueden ir acompañados de hiperhidrosis.

Etiología habitual: linfomas, tumores sólidos, infecciones, toxemia por afectación hepática, alteraciones endocrinas (deficiencia estrogénica y androgénica, hipoglucemia, hipertiroidismo, acromegalia), fármacos (opioides, tratamientos hormonales, corticoides, antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina, tamoxifeno, antipiréticos, aciclovir, antibióticos, omeprazol, neurolépticos), dolor, ansiedad.

- Fármacos antiinflamatorios o dexametasona a dosis de 1-2 mg al día.
- Fármacos con efecto anticolinérgico: amitriptilina 10-50 mg al día, oxibutinina 2,5 mg tres veces al día.
- Cimetidina 400-800 mg/día.
- Otros fármacos empleados con resultados dispares son: B-bloqueantes, paroxetina, olanzapina.

DIARREA

Síntoma mucho menos frecuente que el estreñimiento en el paciente terminal, con la excepción de enfermos con sida. Su causa más común en pacientes con cáncer avanzado es el uso de laxantes. También puede producirse de forma secundaria al uso de otros fármacos (antibióticos). Es importante descartar la diarrea secundaria a impactación fecal (necesario realizar tacto rectal).

Tratamiento:

- Loperamida 4 mg/3-4 veces al día, codeína 30-60 mg/6-8 horas (presenta efectos colaterales a nivel central).

DISFAGIA

Es un síntoma frecuente en: neoplasias orofaríngeas o esofágicas, enfermedades cerebrales, infecciones (herpesvirus, candidiasis), mucositis secundaria a radioterapia o quimioterapia y masas extrínsecas con compresión esofágica. El tratamiento es paliativo y debe ajustarse a las expectativas de vida del paciente:

- Nutrición enteral o parenteral, radioterapia paliativa, prótesis esofágica.
- Dexametasona oral o parenteral 8 mg/24 horas para intentar disminuir el edema peritumoral (Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados Paliativos, 2008).
- Si existe sialorrea (salivación excesiva) usar fármacos con efecto anticolinérgico (amitriptilina, hioscina, atropina bucal).

DISNEA

Está presente en el 40-55% de los pacientes con cáncer en algún momento de su proceso evolutivo. Es necesario descartar causas reversibles de disnea (infección, neumotórax, embolismo pulmonar, insuficiencia cardíaca, etc.). La disnea secundaria a la radioterapia (neumonitis post-radioterapia) suele observarse a los 2-3 meses asociada a tos seca.

En el tratamiento paliativo de la disnea secundaria al proceso tumoral utilizaremos:

- Medidas generales: humidificar el ambiente, oxígeno domiciliario (no hay evidencia de su utilidad en pacientes sin hipoxemia), elevar la cabecera de la cama.
- Ansiolíticos (disminuyen la ansiedad y la taquipnea). No existe evidencia de su utilidad en pacientes sin ansiedad:
 - Oral: diazepam 5-10 mg/8-12 horas.
 - Sublingual: lorazepam 0,5-2 mg.
 - Subcutánea: midazolam 2,5-5 mg/4 horas en bolos; 0,5-0,8 mg/hora en infusión.
 - Intramuscular: clorpromazina 25-100 mg/24 horas.

- Morfina (disminuye la percepción de disnea del paciente).

ESPASMO VESICAL

Se define así al dolor suprapúbico intermitente que se produce por espasmo del músculo detrusor de la vejiga. Puede deberse a: infiltración tumoral, sondaje vesical, infección urinaria y estreñimiento. Tratar según la etiología: antibióticos en las infecciones urinarias, laxantes en el estreñimiento, cambio de la sonda urinaria o disminución del inflado del balón.

ESPASMOS/CALAMBRES MUSCULARES

Es un síntoma poco frecuente, pero que produce gran discomfort en los pacientes que lo sufren. Su etiología es diversa: lesiones del sistema nervioso, dolor óseo, alteraciones metabólicas, insuficiencia respiratoria, fármacos (diuréticos, fenotiazinas, morfina, salbutamol, etc.). Se utilizan, aunque con poca evidencia científica, los siguientes fármacos:

- Clonazepam 0,5-2 mg/6-8 horas.
- Diazepam 5-10 mg/8 horas.
- Baclofeno 5-30 mg/3 veces al día.
- Carbamazepina 200 mg/12 horas.
- Gabapentina 600 mg/día.
- Quinina 300 mg/noche.

ESTREÑIMIENTO

Es un síntoma que puede aparecer hasta en el 90% de los pacientes terminales. Sus causas principales son: inactividad, deshidratación, alteraciones metabólicas, enfermedades neurológicas, fármacos (opioides, anticolinérgicos, etc.). Puede causar o exacerbar otros síntomas: flatulencia, dolor abdominal, anorexia, náuseas y vómitos, disfunciones urinarias, confusión, diarrea por rebosamiento. Es necesario descartar una obstrucción intestinal (abdomen distendido, peristaltismo aumentado, borborigmos).

Deben administrarse laxantes de forma profiláctica a los pacientes a los que se les administre opioides. En estreñimientos de varios días de evolución se debe realizar un tacto rectal para valorar el estado de la ampolla rectal (lleno de heces blandas o duras, ausencia de heces). Se trata con fármacos laxantes.

HEMATURIA

Se produce hematuria con frecuencia en pacientes con neoplasias de vías urinarias, aunque también puede ser secundaria a una infección urinaria o al tratamiento oncológico (cistitis secundaria a la radioterapia o la quimioterapia).

En su tratamiento es necesario descartar la existencia de una infección urinaria mediante cultivo de orina.

HEMOPTISIS

La hemoptisis se define como la expectoración de sangre procedente del tracto respiratorio bajo (pulmón o bronquios). Es necesario diferenciarla del sangrado faríngeo y de la hematemesis (sangrado de origen gastrointestinal).

La hemoptisis en un paciente con cáncer puede ser desencadenada por múltiples causas. Habitualmente se produce por la presencia de una causa a nivel del árbol respiratorio o por alteraciones de la coagulación.

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado. Pueden deberse a múltiples etiologías, siendo con frecuencia de origen multifactorial. Las principales causas a evaluar y descartar son: las secundarias al propio tratamiento oncológico, alteraciones iónicas, efecto secundario de fármacos, estreñimiento, obstrucción intestinal, gastroparesia, alteraciones cerebrales.

TOS

Tiene una etiología multifactorial. Suele exacerbar otros síntomas (dolor, vómitos, insomnio). Debemos descartar:

- Efecto secundario de fármacos (IECA).
- Insuficiencia cardiaca (de predominio nocturna y en decúbito).
- Infección respiratoria.
- Reflujo gastroesofágico.

BIBLIOGRAFIA

FISTERRA. (2019). CONTROL DE SINTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS. 25-04-2019,de GPC Sitio web:
file:///C:/Users/Diler/OneDrive/Documents/6%20semestre%20UDS/Medicina%20Paliativa/GC%20Control%20de%20sA%CC%83_ntomas%20en%20cuidados%20paliativos.pdf.