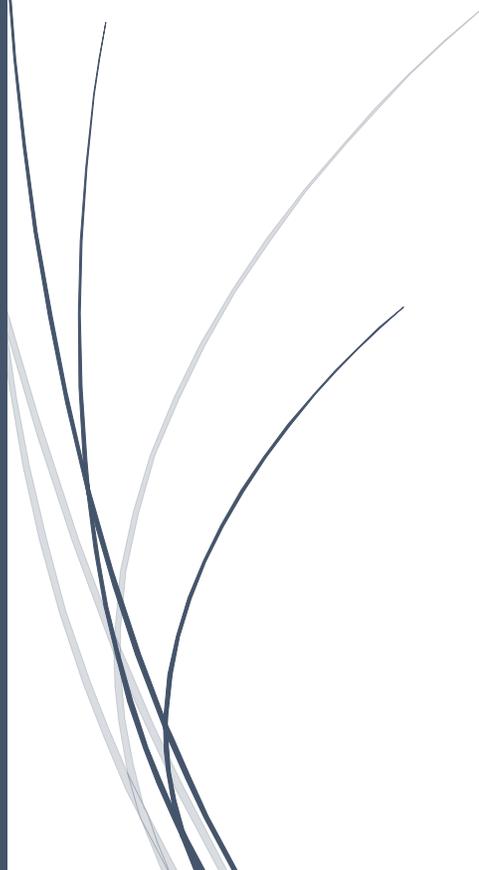


15-9-2020

**CONTROL
DE SINTOMAS EN CUIDADOS
PALIATICOS**

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA
DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ
ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON
SEMESTRE: 6°



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.

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.

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).

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 son (Bruera E, 2017):

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.

Recomendaciones para pacientes con mucositis:

Higiene bucal adecuada, utilización de cepillo suave y realizar enjuagues orales con colutorios (solución salina 0,9%, bicarbonato sódico, evitar colutorios con alcohol).

Hidratación de labios (aceite de oliva, cremas labiales). En caso de sangrado, utilizar bastoncillos de algodón.

Evitar alimentos ácidos, fritos, amargos, picantes, muy salados o muy condimentados.

Evitar verduras crudas, frutas verdes, bebidas gaseosas.

Tomar preferentemente alimentos blandos o triturados.

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.).

Cuando un paciente presenta una crisis convulsiva se debe tratar inicialmente con diazepam 5-20 mg por vía i.v. o rectal. Otra

posibilidad es utilizar midazolam 5-30 mg por vía subcutánea/nasal. De no ceder la crisis se puede repetir la dosis a los 15 minutos.

Una vez finalizada la crisis convulsiva se inicia tratamiento de base con fármacos anticonvulsivantes (León Ruiz M, 2019).

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.

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.

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).

Diarreas intratables pueden beneficiarse del uso de octreotida a dosis de 100-150 mcg tres veces al día por vía subcutánea (NCI, 2018).

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 cardiaca, etc.).

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.

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.

Pueden utilizarse los siguientes fármacos, según recomendaciones de expertos, pero con poca evidencia científica:

Amitriptilina 25-50 mg/día.

Hioscina 10-20 mg/8 horas oral o subcutánea.

Oxibutinina 2,5-5 mg/6 horas. Tolterodina 1-2 mg/12 horas.

Antiinflamatorios no esteroideos.

Instilar en la vejiga 20 ml de lidocaína al 2% diluida en suero salino. Se puede repetir según necesidad.

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.

Estertores premortem

Se define así a los ruidos percibidos con los movimientos respiratorios de pacientes en situación de últimos días de vida y que son provocados por la acumulación de secreciones. Esta situación suele causar gran angustia a los familiares debido a que piensan que el paciente se muere ahogado. Debemos explicarles que se trata de una manifestación más de la agonía.

Medidas no farmacológicas (Clary PL, 2009):

Poner al paciente en decúbito lateral para facilitar el drenaje de las secreciones.

Extracción manual de las secreciones acumuladas en la orofaringe.

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.). 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.

Se trata con fármacos laxantes, que pueden ser de varios tipos: Reguladores (aumentan el volumen de la masa fecal). Son poco útiles en el enfermo oncológico avanzado. Por ejemplo: metilcelulosa, salvado, psilio.

Detergentes (permiten el paso de agua a la masa fecal). Por ejemplo: parafina. Latencia de 6-12 horas.

Osmóticos (retienen agua en la luz intestinal). Período de latencia de uno a dos días. Por ejemplo: lactulosa, lactitol y polietilenglicol.

Estimulantes (aumentan el peristaltismo intestinal). Período de latencia de 6-12 horas. Están contraindicados si se sospecha obstrucción intestinal. Por ejemplo: senósidos.

Bisacodilo. En estreñimientos pertinaces es necesario combinar laxantes de mecanismo de acción diferente (por ejemplo: parafina más senósidos más osmóticos). En una revisión Cochrane no se encontró evidencia suficiente para recomendar un determinado tipo de laxante (Candy B, 2015).

Antagonistas opiáceos mu (bromuro de metilnaltrexona, naldemedina) se utilizan en el tratamiento del estreñimiento producido por opioides (Bruera E, 2017; Candy B, 2018).

Fiebre tumoral

Predomina en los tumores que afectan al hígado y en neoplasias hematológicas. Previamente a etiquetar una fiebre como tumoral debemos descartar, por la clínica y por las pruebas complementarias necesarias y siempre dependiendo de la situación clínica y pronóstica del paciente, la existencia de otras posibles causas de fiebre. El tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos (naproxeno 250-500 mg/12 horas) que suprimen la fiebre tumoral pero no la secundaria a infecciones. En pacientes en fase agónica puede presentarse fiebre que habitualmente sólo requerirá la utilización de medidas generales, salvo que genere inquietud o agitación, en cuyo caso valoraremos la utilización de antitérmicos (la disminución de temperatura puede generar gran sudoración).

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. Otras posibilidades terapéuticas son:

Lavado vesical mediante sonda de tres vías con suero salino fisiológico frío.

Utilización de fibrinolíticos como el ácido tranexámico 500 mg/8 horas o aminocaproico 4 g/6-8 horas por vía oral.

Otras posibilidades a valorar, pero con poca evidencia científica, son la instilación de aluminio, formol, prostaglandinas en la vejiga, oxígeno hiperbárico (Ghahestani SM, 2009) o la embolización arterial.

Radioterapia hemostática paliativa en lesiones tumorales vesicales.

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).

Se califica como masiva cuando el sangrado es mayor de 100-200 ml en 24 horas.

Tratamiento paliativo:

Las medidas farmacológicas y generales que se suelen indicar en el tratamiento de la hemoptisis se basan en recomendaciones de expertos. No existen en la actualidad estudios de calidad que las hayan evaluado (Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados

Paliativos, 2008):

Medidas generales: reposo en decúbito lateral del lado sangrante y uso de toallas de color oscuro.

Antitusivos (codeína, dextrometorfano). Son de utilidad cuando la tos aumenta la expectoración hemoptoica.

Ácido tranexámico y ácido aminocaproico. Son agentes antifibrinolíticos utilizados habitualmente por vía oral en el tratamiento paliativo de pacientes con hemorragias, a pesar de que no existen estudios de calidad que demuestren su efectividad.

Hipercalcemia

Es un trastorno metabólico frecuente en pacientes neoplásicos (20-30%), sobre todo los que tienen afectación ósea (pulmón, próstata, mama, mieloma múltiple). Su presencia se asocia a un mal pronóstico de vida.

Clínicamente se puede manifestar por: deshidratación, anorexia, prurito, náuseas, vómitos, estreñimiento, alteraciones mentales y alteraciones cardiovasculares.

Se ha de valorar la necesidad de tratarla o no en función de la situación clínica y pronóstico del paciente. El tratamiento de la hipercalcemia puede no ser adecuado en una persona con gran deterioro clínico y un pronóstico de vida de días o semanas. Los pacientes asintomáticos o con calcio menor de 12 mg/dl no requieren tratamiento inmediato, pero sí corrección de factores agravantes (fármacos, depleción de volumen, inactividad, etc.).

Rehidratación con suero salino fisiológico.

Calcitonina 4 UI/kg cada 12 horas por vía intramuscular o subcutánea. Presenta un efecto rápido pero transitorio.

Bisfosfonatos:

Pamidronato 60-90 mg i.v.

Ácido zoledrónico. Dosis de 4 mg vía parenteral/cada 4 semanas.

Corticoides en hipercalcemias por linfomas o mielomas, 40-100 mg/día de prednisona por vía oral o iv.

Hipertensión endocraneal

Suele producirse en tumores primarios intracraneales o por metástasis cerebrales de otros tumores. Clínicamente se caracteriza por cefalea, vómitos, alteraciones visuales, trastornos de la marcha, disartria. En su tratamiento debemos valorar la posibilidad de radioterapia paliativa.

El edema cerebral puede tratarse con dexametasona por vía oral o parenteral a dosis de 2-8 mg/4-6 horas (Ryken TC, 2010). En pacientes con poca esperanza de vida puede iniciarse tratamiento empírico sin confirmar el diagnóstico con pruebas radiológicas.

Hipo

Es un reflejo respiratorio debido a la contracción involuntaria, súbita y espasmódica de los músculos inspiratorios, lo que causa una inspiración que es abruptamente interrumpida por el cierre brusco de la glotis.

El hipo se clasifica según la duración en: agudo (hasta 48 horas), persistente (duración mayor de 48 horas) e intratable (más de un mes). El hipo puede originarse por múltiples causas que habitualmente se localizan en el tracto gastrointestinal (la más frecuente es el reflujo gastroesofágico), tórax y sistema nervioso central.

Insomnio

Es un síntoma muy frecuente en pacientes con cáncer. Sus causas son múltiples. Las principales son:

Control deficiente de otros síntomas como dolor, vómitos, ansiedad, nicturia, etc.

Fármacos estimulantes (esteroides, antidepresivos, cafeína, etc.).

Trastornos psiquiátricos, incluido el miedo a “dormirse definitivamente”.

En su tratamiento utilizaremos:

En insomnio de conciliación: hipnóticos (zolpidem, zopiclona, zaleplon).

En insomnio de mantenimiento: benzodiazepinas (lorazepam, lormetazepam, flurazepam, flunitrazepam).

En pacientes con trastornos del ánimo e insomnio son de utilidad los antidepresivos con perfil sedativo: amitriptilina 10-25 mg/noche, trazodona 50-150 mg/noche, mirtazapina 15-30 mg/noche.

En insomnio asociado a delirium son de utilidad los neurolepticos: haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina.

En pacientes paliativos en fases avanzadas y con insomnio resistente a tratamiento por vía oral puede ser de utilidad la administración subcutánea de midazolam a dosis de 2,5-5 mg, con posibilidad, si es preciso, de repetir dosis cada 2-4 horas.

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.

Tratamiento farmacológico (Del Fabbro E, 2019):

Vómitos inducidos por opioides:

Haloperidol 1,5-10 mg/12-24 horas, por vía oral o subcutánea. Existe poca evidencia científica en su uso (Murray-Brown F, 2015).

Metoclopramida 5-20 mg/6-8 horas, por vía oral o subcutánea.

Fenotiacinas a dosis bajas: levomepromazina 6,25 mg/1 o 2 veces día. Otros: risperidona (1 mg al día) u olanzapina.

Vómitos por quimioterapia:

Ondansetrón 8-16 mg/24 horas.

Dexametasona 4-20 mg/24 horas, por vía oral, subcutánea o intramuscular.

Lorazepam 0,5-1 mg en vómitos anticipatorios a la quimioterapia.

En ocasiones en pacientes con vómitos posquimioterapia es necesario combinar los tres fármacos.

Una revisión sistemática encontró evidencia moderada de que el tratamiento con olanzapina oral disminuye la incidencia de náuseas y vómitos en pacientes con cáncer y tratamiento quimioterápico (Sutherland A, 2018).

Estasis gástrico: metoclopramida y/o procinéticos.

Vómitos por hipertensión intracraneal: dexametasona (8-16 mg/día) y/o radioterapia paliativa.

En caso de obstrucción intestinal usar:

Antieméticos: haloperidol por vía subcutánea, 2,5-5 mg/8-12 horas (si la obstrucción intestinal es completa no usar metoclopramida).

Tratamiento del dolor:

Dolor cólico con hioscina 10-20 mg/6 horas.

Dolor continuo, utilizar opioides, morfina subcutánea.

Dexametasona: 40-80 mg/24 horas. Parenteral.

Octreotida 0,1-0,2 mg/8-12 horas por vía subcutánea para reducir las secreciones intestinales.

Vómitos por hipercalcemia: valorar la necesidad de tratarla según el estado clínico y evolutivo del paciente.

En pacientes en cuidados paliativos con náuseas y vómitos de causa desconocida el tratamiento empírico indicado puede ser la utilización de metoclopramida o haloperidol.

Prurito

Puede deberse a: sequedad de la piel, infecciones, alteraciones tiroideas, renales o hepáticas, secundario a tratamientos de radioterapia y quimioterapia, fármacos (opioides, fenotiacinas, antibióticos, etc.), obstrucción de la vía biliar, tumores hematológicos, de estómago o pulmón, o síndrome carcinoide.

El tratamiento del prurito debe ser etiológico siempre que sea posible.

En el tratamiento se emplean las siguientes medidas y fármacos, pero con un nivel bajo de evidencia científica (Xander C, 2013;

Seccareccia D, 2011; NCI, 2016; Siemens W, 2016):

Medidas generales: hidratación de la piel con cremas emolientes 2 o 3 veces al día, utilizar jabones suaves, no usar agua muy caliente en el baño, disminución de la ansiedad y cambio frecuente de ropas.

Antihistamínicos útiles únicamente en prurito mediado por histamina, no de origen neuropático.

Prurito localizado en áreas pequeñas: gel de lidocaína 2%, crotamitón, loción de calamina o esteroides tópicos.

Prurito generalizado: hidroxizina 25 mg/8 horas vía oral o clorpromazina 25-50 mg/12 horas por vía oral.

Prurito por colestasis:

Resincolestiramina 4 g/8 horas (mala tolerancia gastrointestinal, no es eficaz si la obstrucción biliar es completa).

Inductores enzimáticos: rifampicina 150-600 mg/día por vía oral, fenobarbital 30-80 mg/8 horas por vía oral (efecto sedante).

Naltrexona 50 mg/día vía oral. En pacientes con tratamiento opioide su uso puede desencadenar síndrome de abstinencia

Síndrome de aplastamiento gástrico

Se define como la compresión gástrica por una gran masa en crecimiento (casi siempre hepatomegalias). El paciente puede referir saciedad precoz, náuseas y/o vómitos normalmente de pequeña cantidad, dolor abdominal y dispepsia.

Tratamiento:

Realizar comidas de poca cantidad y con más frecuencia.

Metoclopramida 10-20 mg/6-8 horas.

Antiácidos.

Analgésicos opioides.

Dexametasona por vía parenteral en un intento de disminuir la compresión gástrica.

Sialorrea

Se define como la producción excesiva de saliva (enfermedades neuromusculares, fármacos, tumores cerebrales) aunque también podemos encuadrar en el mismo tratamiento a pacientes con disfagia total. Para su tratamiento se utilizan fármacos con acción

anticolinérgica (Treister NS, 2018):

Hioscina 10-20 mg/6-8 horas.

Amitriptilina 25 mg/noche.

Colirio de atropina 1%, 2 gotas por vía oral 4 veces al día.

En pacientes con expectativa de vida de meses (por ejemplo en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica) valorar radioterapia local/toxina botulínica.

Síndrome confusional agudo (delirio y agitación)

El delirio es el trastorno cognitivo más frecuente en cuidados paliativos. Se produce hasta en un 80% de los pacientes con cáncer avanzado y es un factor de mal pronóstico a corto plazo. Se caracteriza por ser una alteración del estado de conciencia con pérdida de memoria y desorientación temporo-espacial que se produce en un corto período de tiempo (horas/días) y que suele ser fluctuante a lo largo del día. Puede ser de tres tipos: hipoactivo (predomina la letargia), hiperactivo (predomina la agitación) y mixto (alternan los períodos de letargia y agitación).

Tos

Tiene una etiología multifactorial. Suele exacerbar otros síntomas (dolor, vómitos, insomnio). Debemos descartar (Von Gunten C, 2019):

Efecto secundario de fármacos (IECA).

Insuficiencia cardíaca (de predominio nocturna y en decúbito).

Infección respiratoria.

Reflujo gastroesofágico.

Úlceras neoplásicas

Se producen por afectación tumoral primaria o por invasión metastásica. El objetivo del tratamiento paliativo de las úlceras debe ser controlar el dolor, el olor y el sangrado. (necesario humedecerlos previamente) y a continuación irrigando con suero salino fisiológico a temperatura ambiente (evitar la fricción mecánica de la herida).

Control del exudado:

Limpieza de la herida con la frecuencia necesaria.

Se pueden utilizar parches absorbentes de alginato o hidrofibra.

Control del olor:

Metronidazol tópico y/u oral.

Parches de carbón activado y plata.

Control del sangrado:

Gasas impregnadas de ácido tranexámico o ácido aminocaproico o sucralfato.

Apósitos de alginato cálcico.

Si presenta algún punto sangrante se puede cauterizar con nitrato de plata.

Control del dolor:

Utilizar fármacos analgésicos según la escalera analgésica de la OMS.

Si las curas son muy dolorosas se deben administrar previamente fármacos analgésicos, y en ocasiones es necesario sedar al paciente (midazolam y/o morfina por vía subcutánea) previamente a la realización de la misma.