

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA.

PRIMERA UNIDAD.

**TEMA: CONTROL DE SÍNTOMAS EN CUIDADOS
PALIATIVOS.**

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.

CONTROL DE SINTOMAS EN CUIDADOS PALIATICOS.

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.

Debemos de:

- 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.
- 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).
- Iniciar el tratamiento lo antes posible y realizar un seguimiento de la respuesta al mismo.
- Evitar la polimedicación y no mantener medicamentos innecesarios hasta el último momento.

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.

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.

La boca seca y 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, benzodiacepinas, etc.).
- Infecciones bucales (candidiasis, herpes, etc).
- Deshidratación.

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.

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.

La compresión medular es una urgencia oncológica que debe diagnosticarse y tratarse lo antes posible.

Clínicamente debemos sospecharla en todo paciente que refiera dolor vertebral, debilidad o parálisis en extremidades, trastornos sensitivos o alteraciones de esfínteres (principalmente retención de orina).

El método diagnóstico de elección es la resonancia magnética nuclear.

Ante la sospecha diagnóstica está indicado el inicio de tratamiento con dexametasona intravenosa a dosis de 16 mg en bolo y continuar con dosis de 16 mg al día.

Se han probado dosis más altas de corticoides, hasta 100 mg, sin que se haya demostrado un claro beneficio y sí un importante aumento de los efectos secundarios.

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.

La diarrea es un 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).

La 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.

Si existe sialorrea (salivación excesiva) usar fármacos con efecto anticolinérgico (amitriptilina, hioscina, atropina bucal).

La 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.).

La disnea secundaria a la radioterapia (neumonitis post-radioterapia) suele observarse a los 2-3 meses asociada a tos seca.

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 disconfort 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.).

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.

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.

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.

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).

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.

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.

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.

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. También puede ser secundario al uso de fármacos (dexametasona, diazepam, midazolam, tramadol, etc.).

Insomnio es un síntoma muy frecuente en pacientes con cáncer.

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.

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.

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:

- Hioscina 10-20 mg/6-8 horas.
- Amitriptilina 25 mg/noche.

Bibliografía.

Lamelo, F et al. (2019). *Control de síntomas en cuidados paliativos*. Septiembre 8,2020, de Fisterra Sitio web: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/>