

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

PRIMER PARCIAL.

TEMA: CONTROL DE LOS SINTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS.

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

## CONTROL DE SINTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

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**

Pérdida de apetito, muy frecuente.

Es necesario explicar la naturaleza del problema y las limitaciones de su tratamiento.

Antes de iniciar → descartar causas reversibles: fármacos, depresión, estreñimiento, dolor, mucositis, náuseas y vómitos, saciedad precoz (puede ser de utilidad la metoclopramida).

En el tratamiento más avalados: corticoesteroides y el acetato de megestrol.

-Corticoesteroides: Producen aumento del apetito y de la sensación de bienestar que desaparece al cabo de 2-4 semanas, sin efecto sobre el peso corporal y con importantes efectos secundarios.

→Se utilizan a dosis bajas (4-8 mg de dexametasona o 10-15 mg de prednisona).

Los glucocorticoides mejoran el apetito en pacientes con cáncer, aunque no existe evidencia para indicar un tipo de glucocorticoide o régimen posológico determinado.

-Acetato de megestrol, produce aumento del apetito y ganancia de peso. Se utiliza a dosis de 160-800 mg/día, siendo la dosis habitual de 480 mg/día.

## **Astenia**

Es uno de los síntomas más frecuentes.

Los fármacos habitualmente empleados son: 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.

Tratamiento: 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%. Lidocaína viscosa al 2%, 5-10 ml enjuagar y tragar.

Tratar las infecciones. En caso de micosis, usar enjuagues con nistatina: 4-6 horas tragando el líquido, o fluconazol: 50-100 mg/día 5-7 días o bien dosis única de 200 mg. Analgésicos por vía oral o parenteral.

### **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.

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

### **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.

### **Diaforesis (sudoración profusa)**

La hiperhidrosis: exceso de sudoración que presentan determinadas personas.

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.

### **Diarrea**

Síntoma mucho menos frecuente que el estreñimiento.

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

### **Disfagia**

Es un síntoma frecuente.

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).

### **Disnea**

Es necesario descartar causas reversibles de disnea. 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.

### **Espasmo vesical**

Se define así al dolor suprapúbico intermitente que se produce por espasmo del músculo detrusor de la vejiga.

Pueden utilizarse los siguientes fármacos Amitriptilina 25-50 mg/día. Hioscina 10-20 mg/8 horas oral o subcutánea.

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. 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

Medidas no farmacológicas: Poner al paciente en decúbito lateral para facilitar el drenaje de las secreciones. Extracción manual de las secreciones acumuladas en la orofaringe. -Fármacos: N-butilbromuro de hioscina o butilescopolamina bromuro. La dosis habitual es en bolos subcutáneos de 20 mg/4-6 horas o mediante infusión continua de 100 mg/24 horas.

### **Estreñimiento**

Se trata con fármacos laxantes, que pueden ser de varios tipos:

Reguladores (aumentan el volumen de la masa fecal).

Detergentes (permiten el paso de agua a la masa fecal).

Osmóticos (retienen agua en la luz intestinal).

Estimulantes (aumentan el peristaltismo intestinal).

### **Fiebre tumoral**

Predomina en los tumores que afectan al hígado y en neoplasias hematológicas

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.

### **Hematuria**

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.

**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).

Tratamiento paliativo: 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

### **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).

**Insomnio:** 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 neurolépticos: 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.

Es necesario tratar las causas reversibles. En pacientes al final de la vida puede ser razonable realizar únicamente tratamiento empírico de los síntomas.

Es de elección la vía subcutánea si existen: vómitos repetidos, obstrucción intestinal o malabsorción gastrointestinal.

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.

**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.

### **Tos**

Tiene una etiología multifactorial. Suele exacerbar otros síntomas (dolor, vómitos, insomnio). Efecto secundario de fármacos (IECA). Insuficiencia cardiaca (de predominio nocturna y en decúbito). Infección respiratoria. Reflujo gastroesofágico.

### **El delirio**

Es el trastorno cognitivo más frecuente en cuidados paliativos. 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).

Neurolépticos: El haloperidol, se considera el fármaco de elección 2,5-5 mg/8-12 horas, por vía oral o subcutánea. En crisis aguda se administra una dosis de 5-20 mg, y si a los 20-30 minutos no es eficaz, se administra una segunda dosis o se añade midazolam 5-15 mg por vía subcutánea o intravenosa.

BIBLIOGRAFIA: Fernando Lamelo Alfonsín, Ovidio Fernández Calvo, Graciela Charlín Pato. (25/04/2019). Control de síntomas en cuidados paliativos. 15/8/2020, de Guía clínica de Control de síntomas en cuidados paliativos Sitio web: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/>