

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**“CONTROL DE SINTOMAS EN CUIDADOS
PALIATIVOS”**

ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA

SEMESTRE: 6°

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA

UNIDAD: 1

CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, 8 DE
SEPTIEMBRE DE 2020**

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.

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.

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

- **Corticoesteroides** (prednisona, dexametasona): 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) y durante cortos períodos de tiempo, por lo que se recomiendan en pacientes con poca expectativa de vida.
- **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. 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:

- **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:

- **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

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
- **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. 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.

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.

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

- **Medidas generales:** humidificar el ambiente, oxígeno domiciliario, elevar la cabecera de la cama.

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

Cuando persiste el estreñimiento a pesar de la utilización de laxantes se pueden añadir agentes procinéticos como la metoclopramida o la domperidona.

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. Una adecuada respuesta de la fiebre al tratamiento con naproxeno en 36 horas puede ser diagnóstica de fiebre tumoral

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). Habitualmente se produce por la presencia de una causa a nivel del árbol respiratorio o por alteraciones de la coagulación.

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

- **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

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.).

- **Baclofeno:** precaución en pacientes debilitados o con insuficiencia renal. Dosis: 5-10 mg/6-8 horas por vía oral.
- **Gabapentina:** puede ser una medicación de primera línea en cuidados paliativos porque no tiene metabolismo hepático y las interacciones farmacológicas no son significativas. Dosis: 300-400 mg/8 horas por vía oral.
- **Clorpromazina:** dosis inicial: 25 mg/8 horas por vía oral o intramuscular. Incremento de dosis: si el hipo persiste a los tres días pautar 25 mg/6 horas. Dosis máxima: 50 mg/6 horas.
- **Metoclopramida:** 10 mg/3-4 veces al día.

Náuseas y vómitos

Están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado.

- **Vómitos inducidos por opioides:** Metoclopramida 5-20 mg/6-8 horas, por vía oral o subcutánea.
- **Vómitos por quimioterapia:** Dexametasona 4-20 mg/24 horas, por vía oral, subcutánea o intramuscular.
- **Estasis gástrico:** metoclopramida y/o procinéticos.
- **Vómitos por hipertensión intracraneal:** dexametasona (8-16 mg/día) y/o radioterapia paliativa.

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. Se valorará la posibilidad de utilizar radioterapia o quimioterapia paliativa para disminuir el tamaño tumoral, así como para controlar el dolor y/o el sangrado. La limpieza de las úlceras neoplásicas se realizará de forma cuidadosa, retirando suavemente los apósitos (con frecuencia es 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.

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/>