



**DOCENTE:** DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

**ALUMNOS:** CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

**LICENCIATURA:** MEDICINA HUMANA

**SEMESTRE:** 6º

**UNIDAD:** 1

**MATERIA:** MEDICINA PALIATIVA

**TITULO DEL TRABAJO:** (RESUMEN)

- **CONTROL DE SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS**



## **CONTROL DE SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**¿Qué entendemos por control de síntomas?** 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.

**Para poder realizar un abordaje que permita un control sintomático adecuado es necesario.** 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. Iniciar el tratamiento lo antes posible y realizar un seguimiento de la respuesta al mismo. 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. 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. No realizaremos un tratamiento paliativo correcto si no intentamos aliviar esta situación.

**Anorexia.** Es necesario explicar la naturaleza del problema y las limitaciones de su tratamiento. En el tratamiento de la anorexia-caquexia de los pacientes neoplásicos se han utilizado múltiples fármacos. Otros fármacos utilizados en el tratamiento de la anorexia son la ciproheptadina, derivados del cannabis, mirtazapina y olanzapina.

**Astenia.** Pueden existir múltiples factores que influyen en la astenia del paciente oncológico y que pueden precisar un tratamiento específico. En una revisión sistemática no se encontró suficiente evidencia para recomendar un tratamiento específico.

**Boca seca y/o dolorosa.** Los pacientes pueden referir dolor bucal, dificultad para la ingesta y ausencia de saliva.

**Tratamiento de la boca seca.** Si es secundaria a la ingesta de fármacos debemos revisar la necesidad de tomarlos. 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. Pilocarpina 5 mg/8 horas vía oral o 2 gotas de colirio al 4%.

**En las afecciones dolorosas de la boca se pueden utilizar soluciones anestésicas varias veces al día.** Analgésicos por vía oral o parenteral. En pacientes con mucositis secundaria a quimioterapia puede ser necesario utilizar opioides.

**Convulsiones.** Si existe edema cerebral el tratamiento consiste en utilizar dexametasona a dosis de 4 mg/6 horas. Una vez finalizada la crisis convulsiva se inicia tratamiento de base con fármacos anticonvulsivantes. Levetiracetam inicio con 500 mg cada 12 horas por vía oral o subcutánea. En pacientes en sus últimos días de vida con imposibilidad de utilizar la vía oral podemos administrar lorazepam sublingual 0,5-1 mg/8 horas, fenobarbital 100-200 mg/día por vía subcutánea o intramuscular, midazolam 30-60 mg/24 horas o diazepam rectal 10-20 mg/dos veces al día.

**Compresión medular.** 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. Dependiendo de la situación clínica y pronóstico del paciente, lo remitiremos a un centro hospitalario para confirmar el diagnóstico y continuar el tratamiento. En pacientes con expectativa de vida menor a seis meses estaría indicado utilizar solo radioterapia paliativa. En pacientes con una expectativa de vida de pocas semanas se debe realizar únicamente tratamiento farmacológico sintomático paliativo.

**Diaforesis.** En pacientes con cáncer de mama o de próstata pueden presentarse sofocos en relación con la deprivación hormonal, que pueden ir acompañados de hiperhidrosis. Fármacos antiinflamatorios o dexametasona a dosis de 1-2 mg al

día.

**Tratamiento de los sofocos.** Esta última no debería utilizarse en pacientes en tratamiento con tamoxifeno por interaccionar en su metabolismo. La mirtazapina a dosis de 15-30 mg se ha utilizado como tratamiento de la sudoración nocturna.

**Diarrea.** 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. Loperamida 4 mg/3-4 veces al día, codeína 30-60 mg/6-8 horas. Diarreas intratables pueden beneficiarse del uso de octreotida a dosis de 100-150 mcg tres veces al día por vía subcutánea.

**Disfagia.** Dexametasona oral o parenteral 8 mg/24 horas para intentar disminuir el edema peritumoral.

**Disnea.** Está presente en el 40-55% de los pacientes con cáncer en algún momento de su proceso evolutivo.

**En el tratamiento paliativo de la disnea secundaria al proceso tumoral utilizaremos.** Aumentar la dosis diaria total en un 50%. En diferentes estudios se han utilizado opioides nebulizados no habiendo demostrado ser mejores que utilizados por vía oral o parenteral. Corticoides indicados en linfangitis carcinomatosa, neumonitis post-radioterapia, síndrome de vena cava superior u obstrucción de vías respiratorias. Los diferentes estudios utilizan dosis no concluyentes de dexametasona 10-40 mg/24 horas oral o parenteral. Existe poca evidencia científica de su utilidad en el tratamiento paliativo de la disnea. En los últimos días de vida del paciente con disnea debemos utilizar la medicación por vía subcutánea. Si el paciente estaba utilizando morfina por vía oral debemos convertirla a la dosis correspondiente de morfina subcutánea. De precisar benzodiazepinas utilizaremos midazolam a dosis de 2,5-5 mg/4 horas. Hioscina 10-20 mg/8 horas oral o subcutánea. Oxibutinina 2,5-5 mg/6 horas. Tolterodina 1-2 mg/12 horas.

**Espasmos/calambres musculares.** Es un síntoma poco frecuente, pero que produce gran discomfort en los pacientes que lo sufren. Diazepam 5-10 mg/8 horas. Carbamazepina 200 mg/12 horas.

**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. La dosis habitual es en bolos subcutáneos de 20 mg/4-6 horas o mediante infusión continua de 100 mg/24 horas. Aplicar una o dos gotas en la cavidad bucal cada 8 horas.

**Estreñimiento.** Es un síntoma que puede aparecer hasta en el 90% de los pacientes terminales. Deben administrarse laxantes de forma profiláctica a los pacientes a los que se les administre opioides. Latencia de 6-12 horas. Período de latencia de 6-12 horas. En una revisión Cochrane no se encontró evidencia suficiente para recomendar un determinado tipo de laxante . Antagonistas opiáceos mu se utilizan en el tratamiento del estreñimiento producido por opioides.

**Fiebre tumoral.** El tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos 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.

**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. En su tratamiento es necesario descartar la existencia de una infección urinaria mediante cultivo de orina. Utilización de fibrinolíticos como el ácido tranexámico 500 mg/8 horas o aminocaproico 4 g/6-8 horas por vía oral.

**Hemoptisis.** 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. Se califica como masiva cuando el sangrado es mayor de 100-200 ml en 24 horas. Las medidas farmacológicas y generales que se suelen indicar en el tratamiento de la hemoptisis se basan en recomendaciones de expertos.

**Tratamiento paliativo.** 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. La sedación paliativa debe ser planteada en pacientes oncológicos en situación terminal o agónica y que sufren un episodio de hemoptisis masiva.

**Hipercalcemia.** Es un trastorno metabólico frecuente en pacientes neoplásicos, sobre todo los que tienen afectación ósea. 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.

**En el tratamiento de la hipercalcemia aguda moderada o severa existen las siguientes posibilidades.** Calcitonina 4 UI/kg cada 12 horas por vía intramuscular o subcutánea. Dosis de 4 mg vía parenteral/cada 4 semanas.

**Hipo.** También puede ser secundario al uso de fármacos. Si se desconoce la etiología, los fármacos empleados son numerosos, pero con poca evidencia científica. Una revisión sistemática indica que no se pueden hacer recomendaciones específicas y que el tratamiento se debe realizar de forma individualizada a cada paciente.

**En su tratamiento utilizaremos.** 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. En pacientes al final de la vida puede ser razonable realizar únicamente tratamiento empírico de los síntomas.

**Vómitos inducidos por opioides.** Haloperidol 1,5-10 mg/12-24 horas, por vía oral o subcutánea. Metoclopramida 5-20 mg/6-8 horas, por vía oral o subcutánea. 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.

**Tratamiento del dolor.** Dolor cólico con hioscina 10-20 mg/6 horas. Octreotida 0,1-0,2 mg/8-12 horas por vía subcutánea para reducir las secreciones intestinales. 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.** El tratamiento del prurito debe ser etiológico siempre que sea posible.

**Síndrome de aplastamiento gástrico.** El paciente puede referir saciedad precoz, náuseas y/o vómitos normalmente de pequeña cantidad, dolor abdominal y dispepsia. Metoclopramida 10-20 mg/6-8 horas. Se define como la producción excesiva de saliva, aunque también podemos encuadrar en el mismo tratamiento a pacientes con disfagia total.

**Sialorrea.** Hioscina 10-20 mg/6-8 horas. En pacientes con expectativa de vida de meses valorar radioterapia local/toxina botulínica.

**Tos.** El haloperidol, aunque con poca evidencia científica, se considera el fármaco de elección 2,5-5 mg/8-12 horas, por vía oral o subcutánea. En caso de confusión y agitación en un paciente moribundo puede iniciarse la sedación con

levomepromazina 12,5-25 mg/4-6 horas por vía subcutánea o con midazolam, inicialmente un bolo subcutáneo de 5-15 mg, y posteriormente bolos de 5 mg/2-4 horas o en infusión continua 30-100 mg/24 horas.

**Control de la tos en cuidados paliativos.** 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.

**Control del exudado.** Se pueden utilizar parches absorbentes de alginato o hidrofibra. Metronidazol tópico y/u oral. 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 previamente a la realización de la misma.

## **Bibliografía**

Fernando Lamelo Alfonsín, Ovidio Fernández Calvo, Graciela Charlín Pato. (2019). Control de síntomas en cuidados paliativos. 15/8/2020, de Fisterra

## **Sitio web:**

file:///C:/Users/PCPER899/Downloads/GC%20Control%20de%20sA%CC%83\_ntomas%20en%20cuidados%20paliativos.pdf