



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Control de síntomas

Docente: Dr. Ana Laura Domínguez Silva
Medicina Paliativa
Valente Trujillo Sandoval
6to A

9/marzo/2021

MANEJO DE LOS SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS (DOLOR Y SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES)

El dolor es uno de los síntomas más temidos del enfermo con cáncer. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión presente o potencial de los tejidos”.

Deberemos identificar componentes físicos y no físicos que componen el concepto de “dolor total” o sufrimiento, que engloba el estímulo físico con los factores psicológicos, sociales y espirituales de las personas afectadas, su contexto y su significado.

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR ONCOLÓGICO

Según cronología:	Según etiología:	Según patogenia:
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor agudo: sensación bien definida, localizada en el tiempo, con importante componente vegetativo y escaso componente psicopatológico. • Dolor crónico: consiste en la persistencia del dolor durante 3 meses • Dolor irruptivo: es una exacerbación transitoria del dolor que aparece sobre la base de un dolor crónico basal bien estabilizado con analgésicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por efecto directo del tumor • Asociado al tratamiento • No relacionado con ninguno de los previos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor somático: por la afectación de un órgano denso. Se caracteriza por estar localizado en la zona afectada, por incrementarse por la presión en dicha área y por ser sordo y continuo • Dolor visceral: es el provocado por afectación de una víscera hueca, se expresa como dolor continuo o cólico, mal localizado en un área cutánea amplia, la presión de la zona puede o no desencadenarlo y ocasionalmente es un dolor referido. • Dolor neuropático: es el provocado por afectación del sistema nervioso. • Dolor psicógeno: el dolor por somatización pura, es poco frecuente en pacientes oncológicos

EVALUACIÓN DEL DOLOR

Antes de plantear un tratamiento es imprescindible una evaluación sistemática del dolor. Incluye:

• **Anamnesis:** descripción del dolor, características temporales, localización e irradiación, intensidad, factores agravantes y mitigantes y exacerbaciones.

• **Examen físico completo**

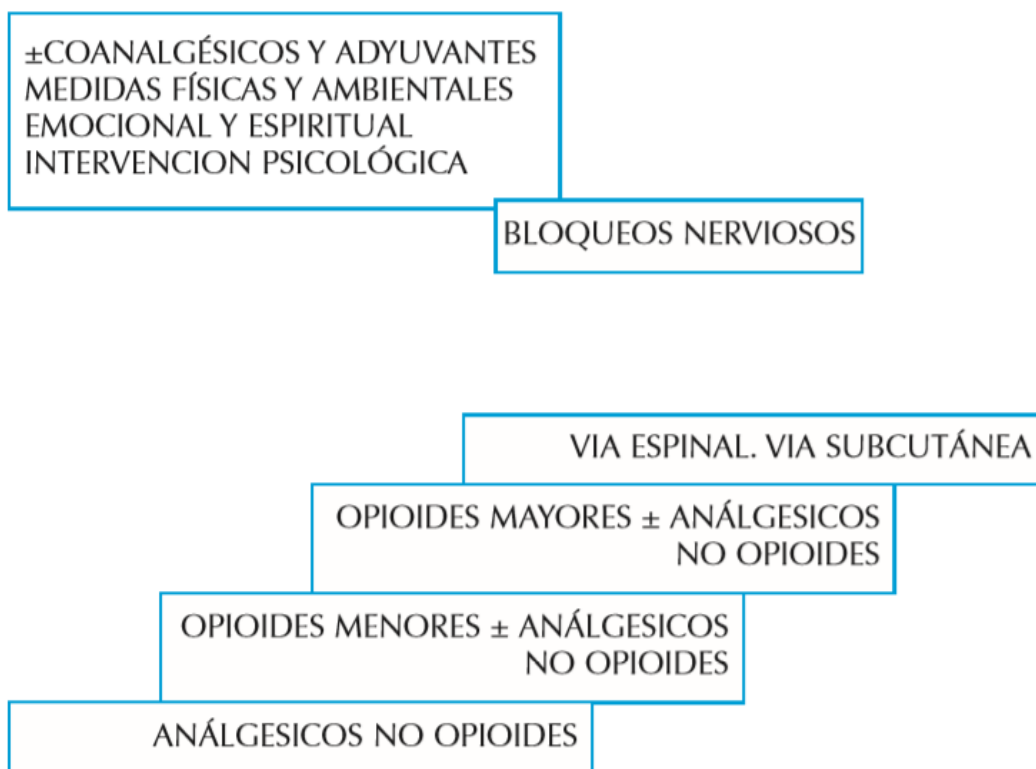
• **Pruebas diagnósticas complementarias:** pueden ser necesarias Radiografías, TAC, RMN para determinar de manera más detallada la causa del dolor, su localización, mecanismo de producción, déficit funcional etc.

• **Evaluación del control del dolor:** Es necesario conocer y reflejar como valora el paciente su dolor, por lo que las escalas de medición son un método de referencia para iniciar un tratamiento analgésico y valorar la respuesta al mismo.

PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Evaluar antes de tratar
- Iniciar un tratamiento combinado farmacológico, medidas generales, apoyo emocional, intervención psicológica etc.
- Tratamiento etiológico si es posible.
- Prevenir los efectos secundarios de los fármacos empleados
- Promover el cumplimiento terapéutico
- Estrategia gradual planificada tanto en el control del dolor como en la pauta analgésica.
- Prevención y tratamiento de las crisis.
- Seguimiento
- Información clara y comprensible
- Revisar y monitorizar: respuesta, dosis, efectos secundarios o exacerbaciones.
- Mostrar accesibilidad y disponibilidad.

Escalera Analgésica de la OMS



El inicio de un analgésico de uno u otro escalón depende de la intensidad del dolor y nunca de la supervivencia prevista del paciente.

El dolor leve (<3-4 /10 EVA) requiere analgésicos no opioides

Con dolor moderado (hasta 6-7 / 10 EVA): tratamiento de segundo escalón con opioides menores

En presencia de dolor intenso (>7 /10 EVA): emplear opioides potentes, hayan pasado o no por otro escalón.

OTRAS MEDIDAS PARA EL DOLOR

Radioterapia antiálgica: es el tratamiento de elección del dolor en metástasis óseas localizadas

Cirugía ortopédica y osteosíntesis: En casos de fracturas patológicas o lesiones óseas de alto riesgo suele ser necesaria la fijación con clavos medulares, placas o prótesis,

.Radio fármacos: empleados en el dolor por múltiples metástasis óseas

Cirugía: la reducción paliativa del tumor puede reducir directamente el dolor, aliviar los síntomas de obstrucción o compresión se emplea solo en casos seleccionados.

Bloqueos nerviosos: Empleados en dolor intratable por otros medios con indicaciones y selección de pacientes son muy específicos teniendo en cuenta sus potenciales complicaciones.

SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES				
Estreñimiento	ANOREXIA	disfagia	DISPEPSIA	NÁUSEAS Y VÓMITOS
movimiento lento de las heces por el intestino grueso que tiene como consecuencia el paso de heces duras y secas, puede dar como resultado molestia o dolor.	Es la incapacidad del paciente para alimentarse normalmente	dificultad para la deglución	cualquier dolor o molestia en la zona alta del abdomen.	Se presentan en un 30-40% de los pacientes en la fase terminal.
causas: inactividad, deshidratación, alteraciones metabólicas, fármacos (opioides, anticolinérgicos, etc.), factores propios del tumor o del tratamiento.	causa propia carga tumoral, pero también influyen: el miedo al vómito, la saciedad precoz, disfunción autonómica, estreñimiento, dolor y fatiga, alteraciones en la boca, hipercalcemia, ansiedad y depresión, y efectos secundarios del tratamiento.	tumores de cabeza y cuello, esófago y afectación mediastínica cuyo tratamiento pasa por RT o colocación de prótesis endoscópicas.	esofagitis, gastritis, úlcus y enlentecimiento o del vaciado gástrico	yatrógenas (opioides), alteraciones metabólicas (hipercalcemia, hiponatremia), obstrucción intestinal, hipertensión endocraneal etc.

Medidas farmacológicas. Laxantes	Medidas farmacológicas. Dexametasona 2 a 4mg/diarios. • Acetato de Megestrol - La dosificación es de 160 mg, 2 a 3 veces día. • Metoclopramida	Los corticoides pueden aliviar de forma temporal si existe edema peritumoral. Si la causa es una candidiasis esofágica el tratamiento es con antifúngicos	antiácidos	antieméticos como metoclopramida, haloperidol, domperidona, escopolamina, etc.
-------------------------------------	---	---	------------	--

<https://www.medicinapaliativa.es/manejo-y-control-de-sintomas-en-pacientes-hospitalizados-con-demencia-avanzada508>

Manejo y control de síntomas en pacientes hospitalizados con demencia avanzada

El presente estudio pretende analizar el manejo paliativo y el control de síntomas en estos pacientes.

La demencia es una enfermedad neurodegenerativa, progresiva e irreversible, sin un tratamiento curativo en la actualidad. Desde fases iniciales sería recomendable establecer un plan de cuidados específicos, con el objetivo mejorar la calidad de vida, considerando las preferencias y voluntades del paciente y de la familia.

pacientes mayores de 75 años ingresados en las Unidades Geriátricas de Agudos de tres hospitales de Madrid con diagnóstico de demencia avanzada y que fallecieron por cualquier causa, hasta alcanzar un total de 50 individuos por hospital.

Resultados:

150 pacientes con una edad media de 89 años.

18 %, disnea en el 55 % y agitación en el 30 %. El 87 % tenía prescritos opioides, el 67 % benzodiacepinas y antitérmicos, el 21 % neurolépticos y el 31 % antibióticos en las últimas 72 horas de vida.

Los síntomas más frecuentes fueron el dolor y la disnea. Las complicaciones de patologías como la neumonía, episodios febriles y problemas de alimentación se asociaron con altas tasas de mortalidad a los seis meses.

el control sintomático y tratamientos administrados, retirada de tratamiento específico, tratamientos e instrumentalización durante las últimas 48 horas de vida, y variables ético-clínicas y de planificación de final de vida como órdenes médicas de no resucitación, planificación anticipada, información a la familia, adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), momento de adecuación y tiempo desde la AET hasta el fallecimiento

Conclusiones:

A pesar de que un gran porcentaje de pacientes con demencia avanzada en situación de últimos días recibió tratamiento sintomático, identificándose la fase de terminalidad, la adecuación de cuidados al final de la vida continúa siendo un área de mejora.

Normativa ética

El estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitario La Paz y cumplió la normativa vigente en cuanto al manejo de datos con la ley orgánica de protección de datos de 1999 y la normativa de buena práctica clínica de la Conferencia Internacional de Armonización (International Conference on Harmonization, ICH).

El tipo de demencia más prevalente fue la demencia tipo Alzheimer: 60 pacientes (40 %). Tenían demencia grave 65 pacientes (43 %) y demencia muy grave 85 (57 %). Todos presentaban un índice de Charlson ajustado a la edad ≥ 3 , con una media de 7,2 (DE 1,5). Los principales motivos de ingreso fueron causas respiratorias en 54 pacientes (36 %), neurológicas en 20 pacientes (13 %) y genitourinarias en 19 pacientes (13 %).

Las principales causas de exitus registradas fueron por patología respiratoria en 66 pacientes (44 %), genitourinarias en 24 pacientes (16 %) y por úlceras de presión en 15 pacientes (10 %), seguido por la patología neurológica en 12 pacientes (8 %). Al comparar los datos obtenidos en los tres hospitales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en variables como disnea, secreciones respiratorias y tolerancia oral, lo que podría justificarse por la disparidad a la hora de explorar y reflejar los síntomas de los pacientes en la historia clínica.

La literatura describe que cuando se informa a los familiares de forma adecuada sobre el pronóstico y la evolución clínica de la enfermedad, el inicio del tratamiento paliativo y la retirada de la medicación habitual se realiza antes, y que las intervenciones agresivas son menos frecuentes.

La World Health Organization sugirió que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de cada paciente y su familia.

A pesar de que muchos de los pacientes que fallecieron con diagnóstico de demencia avanzada recibieron tratamiento sintomático, este continúa siendo una importante área de mejora.



Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Manejo y control de síntomas en pacientes hospitalizados con demencia avanzada /
Management and control of symptoms in hospitalized patients with advanced
dementia

Autores / Authors:

Myriam Oviedo Briones¹, Beatriz Perdomo Ramírez², Jackeline Marttini Abarca³, Leyre Diez Porres⁴

¹Servicio de Geriátría. Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Servicio de Geriátría. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid. ³Servicio de Geriátría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁴Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario La Paz, Madr

DOI: [10.20986/medpal.2020.1140/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1140/2020)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Oviedo Briones Myriam, Perdomo Ramírez Beatriz, Marttini Abarca Jackeline, Diez Porres Leyre . Manejo y control de síntomas en pacientes hospitalizados con demencia avanzada / Management and control of symptoms in hospitalized patients with advanced dementia. j.medipa 2020. doi: 10.20986/medpal.2020.1140/2020.



Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en *Medicina Paliativa*. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de prepublicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores, lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a *Medicina Paliativa*.



**MANEJO DE LOS SÍNTOMAS
MÁS FRECUENTES EN CUIDADOS
PALIATIVOS (DOLOR Y SÍNTOMAS
GASTROINTESTINALES)**

Elena Galve Calvo