



# **Universidad del Sureste**

## **Escuela de Medicina**

### **RESUMEN**

**DOCENTE: Dra. Ana Laura Domínguez**

#### **EQUIPO I:**

**Diana Laura Abarca Aguilar**

**Diana Carolina Domínguez Abarca**

**Tarsis Andrea Guillén Narvaéz**

**Thania Guadalupe López Guillén**

**Jesús Alberto Pérez Domínguez**

**Valente Trujillo Sandoval**

## CONTROL DE SÍNTOMAS 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.

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

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).

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 (Yavuzsen T, 2005):

- 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.
- Los glucocorticoides mejoran el apetito en pacientes con cáncer, aunque no existe evidencia para indicar un tipo de glucocorticoide o régimen posológico determinado (Miller S, 2014).
- Acetato de megestrol. Con múltiples estudios que avalan su utilización en pacientes con cáncer o sida, 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. Una revisión Cochrane concluye que comparado con placebo mejora el apetito y se asocia a un pequeño incremento del peso (Ruiz Garcia V, 2013).

### **Diarrea**

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).

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 (NCI, 2018).

### **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.

Pueden utilizarse los siguientes fármacos, según recomendaciones de expertos, pero con poca evidencia científica:

- Amitriptilina 25-50 mg/día.
- Hioscina 10-20 mg/8 horas oral o subcutánea.
- Oxibutinina 2,5-5 mg/6 horas. Tolterodina 1-2 mg/12 horas.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- 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, pero que produce gran discomfort 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.). Se utilizan, aunque con poca evidencia científica, los siguientes fármacos:

### **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. En estreñimientos de varios días de evolución se debe realizar un tacto rectal para valorar el estado de la ampolla rectal (lleno de heces blandas o duras, ausencia de heces).

### **Insomnio**

Es un síntoma muy frecuente en pacientes con cáncer. Sus causas son múltiples. Las principales son:

Control deficiente de otros síntomas como dolor, vómitos, ansiedad, nicturia, etc.

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 neurolepticos: haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina.

### **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.

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

### **Tos**

Tiene una etiología multifactorial. Suele exacerbar otros síntomas (dolor, vómitos, insomnio). Debemos descartar (Von Gunten C, 2019):

Efecto secundario de fármacos (IECA).

- Insuficiencia cardíaca (de predominio nocturna y en decúbito).
- Infección respiratoria.
- Reflujo gastroesofágico.
- 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.

## **Bibliografía**

Fisterra. (2020). control de síntomas paliativos. *Fisterra*.