

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:
Medicina paliativa.

Trabajo:
Resumen Control de síntomas en cuidados paliativos.

Docente:
Dr. Ricardo Acuña de Zas.

Alumno:
Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:
6° "A"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 16 de Septiembre del 2021.

Control de síntomas en cuidados paliativos

El control de síntomas en el paciente neoplásico terminal es la base en la que se sustentan los demás principios en cuidados paliativos.

Anorexia

Es un síntoma frecuente en pacientes neoplásicos que genera gran ansiedad en el entorno familiar (se puede aliviar explicando el origen y las posibilidades terapéuticas). No tiene sentido tratarla en las últimas semanas de vida del paciente.

Alternativas farmacológicas:

- Dexametasona 2-4 mg/día. Efecto transitorio durante 3-4 semanas
- Acetato de Megestrol 160-1600 mgs/ 24 horas
- Metoclopramida o procinéticos si la anorexia se acompaña de náusea y saciedad precoz.

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)
- Infecciones bucales (candidiasis, herpes...)
- Deshidratación

Tratamiento de la boca seca

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 (3/4 de Bicarbonato y 1/4 de agua oxigenada ó 3/4 de suero salino fisiológico y 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 azucar, cubitos de hielo aromatizados con limón.
- Prescribir saliva artificial: 12mg de metilcelulosa, 0.2 ml de esencia de limón y 600 cc. de agua Pilocarpina 5mg/8 horas vía oral o 2 gotas de colirio al 4% Tratamiento de la boca dolorosa

Compresión medular

Es una urgencia oncológica que debe tratarse lo antes posible. Clínicamente debemos sospecharla en todo paciente que refiera dolor en columna, debilidad o parálisis en extremidades, trastornos sensitivos o alteraciones de esfínteres.

El tratamiento inicial se realiza con Dexametasona 100mg. Iv en 100cc de s.s.f. Infundirlo durante 10 minutos y remitir posteriormente al paciente a un centro hospitalario para confirmar diagnóstico y continuar el tratamiento.

Diaforesis (sudoración profusa)

Etiología habitual: Infecciones, Toxemia por afectación hepática Tratamiento paliativo:

- Cimetidina (400mg./ 12 h.) o Ranitidina (150/ 12 h.)
- Indometacina 25 mg./ 8h.
- Dexametasona 2-4mg./ día.
- Fármacos con efecto anticolinérgico: Hioscina, Propantelina (15mg por la noche)

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. Es importante descartar la diarrea secundaria a impactación fecal (necesario realizar tacto rectal).

Tratamiento

- Loperamida 4mg/3-4 veces al día o Codeína 30-60mg/ 6-8horas. Este último presenta efectos colaterales a nivel central o Morfina (MST 10-30 mg/ 12 horas)
- Si existe esteatorrea: Pancreatina (Pankreon forte 2-3 cp/ comida), puede provocar prurito perianal, o Anti-H2 (Ranitidina, Cimetidina)
- Diarrea de origen biliar: Colestiramina 1 sobre/8 horas

Disfagia

Es un síntoma frecuente en: Neoplasias orofaríngeas o esofágicas, enfermedades cerebrales, infecciones (Herpes virus, candidiasis), mucositis secundaria a radioterapia o quimioterapia y masas extrínsecas con compresión esofágica.

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 8-40mg/24 horas para intentar disminuir la masa tumoral
- Si existe sialorrea (salivación excesiva) usar fármacos con efecto anticolinérgico (amitriptilina, hioscina)

Disnea

Está presente en el 40-55% de los pacientes con cáncer en algún momento de su proceso evolutivo. Puede tener relación con la neoplasia o bien ser secundaria al tratamiento (QT, RT).

Si no existe relación debe tratarse la causa correspondiente. Si tiene relación recomendamos:

Medidas generales: Humidificar el ambiente, oxígeno domiciliario, elevar la cabecera de la cama.

Ansiolíticos (disminuyen la ansiedad y la taquipnea)

- vía oral. Diazepan 5-10 mg/ 8-12 horas
- Sublingual. Loracepan 0.5-2 mg
- Subcutánea. Midazolán 2.5-5 mg/4 horas en bolos; 0.5-0.8 mg/hora en infusión
- Intramuscular. Clorpromacina 25-100 mg/24 horas

Morfina:

Uso inicial 2.5-5mg/4 horas de Sevredol; □ 10-30 mg/12 horas de MST □

Uso previo. Aumentar la dosis diaria total en un 50%

Corticoides si hay linfangitis carcinomatosa, neumonitis post-radioterapia, síndrome de vena cava superior u obstrucción de vías respiratorias

Disuria

Se define como dolor con la micción. Puede ser secundaria a: infección urinaria, infiltración tumoral, cistitis secundaria a radioterapia o quimioterapia. Tratamiento:

Tratar si existe la infección urinaria.

- Alcalinizar la orina con citrato potásico: 2.5 gramos/8-12 horas.
- Oxibutinina 5-10 mg/ 8 horas.
- Propantelina 15 mg/8 horas.
- Instilar Lidocaina gel
- AINEs

Espasmos/ Calambres musculares

Es un síntoma poco frecuente pero que produce gran disconfort en los pacientes que los sufren. Su etiología es diversa: lesiones del sistema nervioso, dolor óseo, alteraciones metabólicas, insuficiencia respiratoria, fármacos (diuréticos, fenotiazinas). Se trata con:

Si existe espasticidad:

o Clonazepan 0'5-2mg/ 6-8horas

o Diazepan 5-10 mg/ 8horas

o Baclofeno (Lioresal□) 5-30 mg/tres veces al día • En calambres secundarios a radioterapia o quimioterapia

o Carbamacepina 200mg/12 horas

o Fenitoína 200-300mg/día • En calambres por Uremia. Clonazepan (0'5 mg./ dosis nocturna)

Espasmo vesical

Se define así al dolor intenso 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. Puede usarse además:

- Amitriptilina 25-50 mg/día
- Hioscina 10-20 mg/ 8 horas oral o subcutáneo
- Oxibutinina (Ditropan□) 2'5-5mg/ 6h
- Naproxeno 250-500mg./ 12h

Estertores premortem

Se define así a los ruidos percibidos con los movimientos respiratorios de pacientes terminales y que son provocados por la acumulación de secreciones. Esta situación, suele

causar gran angustia a los familiares debido a que piensan que el paciente se muere ahogado.

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).

Fiebre tumoral

Predomina en los tumores que afectan al hígado y en neoplasias hematológicas. El tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos (Naproxeno 250mg/ 12 h.) que suprimen la fiebre tumoral pero no la secundaria a infecciones.

Hemoptisis

Si es una hemoptisis masiva en un paciente terminal, debe valorarse la sedación y analgesia parenteral con Morfina y Benzodiazepinas (Midazolam o Diazepam).

Hipercalcemia

Es un trastorno metabólico frecuente en pacientes neoplásicos (10-20%) sobre todo los que tienen afectación ósea (pulmón, próstata, mama, mieloma múltiple). Clínicamente se puede manifestar por: deshidratación, anorexia, prurito, náuseas, vómitos, estreñimiento, alteraciones mentales y alteraciones cardiovasculares.

Hipertensión endocraneal

Materia: Medicina paliativa.

Suele producirse en tumores primarios intracraneales o por metástasis cerebrales de otros tumores. Clínicamente se caracteriza por cefalea, vómitos, alteraciones visuales, trastornos en la marcha, disartria...

Hipo

Puede deberse a: distensión gástrica, irritación frénica, lesión cerebral, uremia o elevación del diafragma (hepatomegalia, ascitis, masas subfrénicas). Se debe intentar suprimirlo con fármacos:

- Clorpromazina 10-25 mg/ 8 h. Farmaco de 1a elección
- Baclofen 5-10 mg/ 8h.
- Nifedipino 10-20 mg/ 8h.
- Valproato sódico 500-1000mg/día.

Náuseas y vómitos

Están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado. Pueden deberse a múltiples causas

Es necesario tratar las causas reversibles y es de elección la vía oral. Puede ser necesario usar la vía subcutánea si existen: vómitos repetidos, obstrucción intestinal o malabsorción gastrointestinal.

Prurito

Puede deberse a: sequedad de piel, infecciones, fármacos, obstrucción vía biliar, tumores hematológicos, de estómago o pulmón o síndrome carcinoide.

Se trata con:

Medidas generales: hidratación de la piel, disminución la ansiedad y cambio frecuente de ropas.

Prúrigo localizado en áreas pequeñas: Gel de lidocaína 2%, Crotamiton, Loción de Calamina o Esteroides tópicos

Prúrigo generalizado: Hidroxicina 25mg./8h.vía oral o Clorpromazina 25-50 mg/12 h.vía oral

Prúrigo por colestasis:

- Resincolestiramina 4gr./ 8 h. (mala tolerancia gastrointestinal, no es eficaz si la obstrucción biliar es completa).
- Inductores enzimáticos: Rifampicina 150-600 mg/día vía oral, Fenobarbital 30-80 mg oral/ 8 horas (efecto sedante)

Síndrome de aplastamiento gástrico

Se define como la compresión gástrica por una gran masa en crecimiento (casi siempre hepatomegalias). El paciente puede referir saciedad precoz, náuseas y/o vómitos, dolor abdominal y dispepsia. Tratamiento:

Realizar comidas de poca cantidad y con más frecuencia.

- Metoclopramida 10-20 mg/ 6-8 h
- Antiácidos
- Analgésicos opioides
- Bolos IV de dexametasona (40-80mg/24h.) en un intento de disminuir la compresión gástrica

Síndrome confusional agudo (delirio y agitación)

El delirio es el trastorno cognitivo más frecuente en cuidados paliativos, se produce hasta en un 80% de los pacientes con cáncer avanzado. Se caracteriza por ser una alteración del estado de consciencia 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.

Tenesmo urinario

Es el deseo constante de orinar, que se realiza en forma de goteo. Es preciso descartar infecciones, estreñimiento o fármacos (Fenotiacinas, Haloperidol). Su tratamiento paliativo se realiza con alfa- bloqueantes (Prazosin 0´5-1mg/ 8-12h.)

Sialorrea

Se define como la producción excesiva de saliva (enfermedades neuromusculares, fármacos, tumores cerebrales) aunque también podemos encuadrar en este síntoma a pacientes con disfagia total. Para su tratamiento se utilizan fármacos con acción anticolinérgica:

- Hioscina: 10-20 mg./6-8h
- Amitriptilina 25 mg/noche
- Colirio de atropina 1% 2 gotas por vía oral cuatro veces al día

Tos

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

- Efecto secundario de fármacos (IECA)
- Insuficiencia cardiaca (de predominio nocturna y en decúbito)
- Infección respiratoria
- Reflujo gastro-esofágico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GCAP.2004.Control de sintomas en cuidados paliativos. Fistera.