



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**



**Licenciatura en Medicina Humana**

**DOCENTE:**

**DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ**

**ALUMNO:**

**LUIS ALBERTO ALVAREZ HERNANDEZ**

**MATERIA:**

**MEDICINA PALIATIVA**

**UNIDAD:**

**PRIMER**

**TEMA:**

**CONTROL DE SINTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS**

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

## CONTROL DE SINTOMAS 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. Los enfermos neoplásicos a lo largo de la evolución de su enfermedad van a presentar múltiples síntomas, de intensidad variable, cambiante y de origen multifactorial.

**Anorexia:** síntoma frecuente en pacientes neoplásicos que genera gran ansiedad en el entorno familiar. 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).

Tratamiento de la boca seca o dolorosa:

- **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%.
- **Lidocaína** viscosa al 2%, 5- 10 ml enjuagar y tragar.
- **Hidróxido de aluminio y Lidocaína** al 2% en partes iguales.
- **Difenhidramina** (enjuagues con cápsulas disueltas en agua).
- **Sucralfato**, enjuagar y tragar.
- **Fluconazol:** 50-100 mgrs/ día 5-7días o bien dosis única de 200mg.
- **Analgésicos por vía oral o parenteral:** En pacientes con Mucositis secundaria a quimioterapia puede ser necesario utilizar opioides.

**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.

Tratamiento inicial:

- **Dexametasona** 100mg. Iv en 100cc de s.s.f. para 10 minutos y remitir al paciente.

**Diaforesis:** (sudoración profusa), causada por infecciones, toxemia por afectación hepática.

Tratamiento paliativo:

- **Cimetidina:** 400mg./ 12 h. o Ranitidina 150/ 12 h.
- **Indometacina:** 25 mg./ 8h.
- **Dexametasona:** 2-4mg./ día.
- **Anticolinérgicos:** 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 a 4 veces al día o Codeína 30-60mg/ 6-8horas.
- **Pancreatina:** 2 a 3 cp/ comida), en caso de esteatorrea.
- **Colestiramina:** 1 sobre/8 horas, en diarrea de origen biliar.
- **Naproxeno** 250-500mg/12h, en diarrea secundaria a Radioterapia.
- **Enemas de corticoides** (Cortenemas), en cáncer rectal con tenesmo.
- **Infusión de Octreótide:** pueden beneficiarse en diarreas intratables.

**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.

Tratamiento es paliativo:

- Dexametasona oral o parenteral 8-40mg/24 horas para intentar disminuir la masa tumoral.
- Anticolinérgico (amitriptilina, hioscina). Si existe sialorrea (salivación excesiva).

**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).

Tratamiento:

- **Ansiolíticos:** Diazepan 5-10 mg/ 8-12 horas o Sublingual. Loracepan 0.5-2 mg o Subcutánea. Midazolan 2.5-5 mg/4 horas en bolos, 0.5-0.8 mg/hora en infusión o Intramuscular. Clorpromacina 25-100 mg/24 horas.
- **Morfina:** Sevredol 2.5-5mg/4 horas. MST 10-30 mg/12.
- **Corticoides:** si hay linfangitis carcinomatosa, neumonitis post-radioterapia, síndrome de vena cava superior u obstrucción de vías respiratorias.
- **Dexametasona:** 20-40 mg/24h. oral o parenteral.
- **Broncodilatadores:** nebulizados.

**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.
- **Citrato potásico:** 2.5 gramos/8 a 12horas, para alcalinizar la orina.
- **Oxibutinina:** 5-10 mg/ 8horas.
- **Propantelina:** 15 mg/8 horas.
- **Lidocaina gel.**
- **AINEs.**

**Espasmos/ Calambres musculares:** 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).

Tratamiento:

- **Espasticidad:** Clonazepan 0.5-2mg/ 6-8horas. Diazepan 5-10 mg/ 8horas. Baclofeno 5-30 mg/tres veces al día.
- **Calambres secundarios a radioterapia o quimioterapia:** Carbamacepina 200mg/12 horas. Fenitoína 200-300mg/día.
- **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.

- **Amitriptilina:** 25-50 mg/día.
- **Hioscina:** 10-20 mg/ 8 horas oral o subcutáneo.
- **Oxibutinina:** (Ditropan□) 2´5-5mg/ 6h.
- **Naproxeno:** 250-500mg./ 12h.
- **Lidocaína al 2%:** diluido en suero salino, instilar en la vejiga 20 ml.

**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.

Tratamiento:

- **N-metilbromuro de Hioscina:** 10-20 mg./6-8 horas por vía subcutánea.

**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).

Tratamiento:

- **Metilcelulosa, salvado, psilio:** aumentan el volumen de la masa fecal.
- **Parafina:** Detergentes (permiten el paso de agua a la masa fecal).
- **Lactulosa y Lactitol:** Osmóticos (retienen agua en la luz intestinal).
- **Senósidos:** Estimulantes (aumentan el peristaltismo intestinal).

**Fiebre tumoral:** Predomina en los tumores que afectan al hígado y en neoplasias hematológicas.

Tratamiento:

- **Naproxeno:** 250mg/ 12 h, antiinflamatorios no esteroideos.

**Hemoptisis:** Si es una hemoptisis masiva en un paciente terminal, debe valorarse la sedación y analgesia parenteral.

Tratamiento:

- **Morfina y Benzodiazepinas.**
- **Acido Tranexámico:** 1-1'5 gramos/ 8h, antitusivos y valorar la posibilidad de aplicar Radioterapia Paliativa.

**Hipercalcemia:** 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, prúrito, náuseas, vómitos, estreñimiento, alteraciones mentales y alteraciones cardiovasculares.

Tratamiento:

- **Rehidratación:** con suero salino fisiológico y posteriormente Furosemida (40-60 mg./8 h.
- **Corticoides:** en hipercalcemias por linfomas o mielomas, 40-100 mg/día de prednisona por vía oral o IV.
- **Bisfosfonatos:** Clodronato, una ampolla diaria de 300 mg. diluido en 500 de s.s.f. a infundir en 2 horas durante 2-3 días y posteriormente vía oral 2 cp./12h. Pamidronato 60-90 mg. IV.

**Hipertensión endocraneal:** 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.

Tratamiento:

- **Dexametasona:** dosis inicial 16-40 mg/día v.o. ó i.v. posteriormente dosis de 2-8 mg/ 4-6 horas o en una dosis única.

**Hipo:** Puede deberse a: distensión gástrica, irritación frénica, lesión cerebral, uremia o elevación del diafragma (hepatomegalia, ascitis, masas subfrénicas).

Tratamiento:

- **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:

- ✓ **Secundarios al cáncer:** Edema cerebral, obstrucción intestinal, hipercalcemia, hepatomegalia, toxicidad tumoral, lesión gástrica, dolor, estreñimiento.
- ✓ **Secundarios al tratamiento:** Quimioterapia, radioterapia, fármacos.
- ✓ **Sin relación con el cáncer ni con el tratamiento:** Uremia, úlcera péptica, infección.

Tratamiento:

- **Vómitos inducidos por opioides:** Metoclopramida 5-10 mg/6-8 horas, oral o Sc. Haloperidol 1´5 – 10 mg/12-24 h. Vía oral o Sc.
- **Vómitos por quimioterapia:** Ondansetron 8-16 mg./24 h. Dexametasona 4-20 mg./24 h. Oral, Sc. ó IM. Lorazepan en vómitos anticipatorios a la quimioterapia.
- **Estasis gástrico:** Metoclopramida y/o procinéticos.
- **Vómitos por hipertensión intracraneal:** Dexametasona.
- **En caso de obstrucción intestinal:** Haloperidol Sc 2´5-5mg/8-12 h. Tratamiento del dolor: tipo cólico con Hioscina 10-20 mg./6 h.
- **Vómitos por Hipercalcemia:** valorar la necesidad de tratarla según el estado clínico y evolutivo del paciente.

**Tenesmo urinario:** Es el deseo constante de orinar, que se realiza en forma de goteo. Es preciso descartar infecciones, estreñimiento o fármacos (Fenotiacinas, Haloperidol).

Tratamiento paliativo:

- **Alfabloqueantes:** Prazosin 0.5-1mg/ 8-12h.

## **Bibliografía**

- Guías Clínicas en Atención Primaria - Fistera.