

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

Adela Delgado Álvarez de Sotomayor
ESAD Cartagena
Marzo de 2009

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

1. Compresión medular
2. Carcinomatosis Menígea
3. Delirium
4. Convulsiones
5. Debilidad

S. PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

1. Insomnio
2. Ansiedad
3. Depresión

CARCINOMATOSIS MENÍNGEA

- Infiltración de las leptomeninges por células malignas
- **5-8%** de los pacientes con cáncer. Mama, pulmón y melanoma
- Clínica relacionada con la obstrucción del flujo del LCR:
 - **Cefalea** (66%)
 - Afectación de raíces nerviosas en múltiples localizaciones
 - Alteraciones cerebrales
 - Déficit motores
- Diagnóstico: LCR / RNM
- Tratamiento:
 - Sintomático: dolor, corticoides
 - Quimioterapia
 - Radioterapia

DELIRIUM

- Estado confusional agudo que resulta de una disfunción orgánica cerebral difusa y se caracteriza por alteraciones en el nivel de conciencia y de la atención, asociándose alteraciones cognitivas y de la percepción.
- Frecuencia: **28-48%** de los pacientes con **cáncer avanzado**. Aproximadamente el **90%** en los últimos días de vida.
- El origen suele ser multifactorial estando implicados tanto factores predisponentes como factores desencadenantes

DELIRIUM

FACTORES PREDISPONENTES

- Personales
- Patológicos
- Farmacológicos
- Ambientales

FACTORES DESENCADENANTES

- Intracraneal
- Insuficiencia de órgano
- Infecciones
- Hematológicas
- Metabólicas
- Fármacos
- Deprivación

DELIRIUM

Criterios DMS-IV

1. **Alteración del nivel de conciencia** con capacidad reducida para fijar, mantener o cambiar la atención.
2. **Alteración cognitiva** (deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) **y/o alteración perceptiva** (alucinaciones visuales, táctiles, auditivas) que no son consecuencia de un síndrome demencial establecido
3. **Inicio brusco**, en un periodo corto de tiempo (horas, días) y **curso fluctuante** a lo largo del día.
4. Existe una **causa orgánica subyacente**, trastorno médico general, medicamentos o combinación de etiologías

DELIRIUM

Clasificación

- **Hiperactivo:** el paciente se encuentra agitado, hipervigilante y con activación psicomotriz
- **Hipoactivo:** apático, somnoliento, enlentecido y con disminución marcada de la atención y nivel de alerta.
- **Mixto:** alterna momentos de agitación con otros de letargia. Es el tipo mas frecuente, constituyendo más del 50% de los delirium.

DELIRIUM

Diagnóstico

- El diagnóstico es exclusivamente clínico
- El mejor instrumento de evaluación es tener una actitud de alerta
- Muy importante comparar situación basal previa y actual
- Diagnóstico diferencial:
 - Demencia
 - Depresión
- Evaluación clínica:
 - Anamnesis: fármacos
 - E. física completa: RAO, impactación fecal
 - Exploración cognitiva
- Pruebas complementarias: congruentes con el estado clínico del paciente y con el beneficio que se espera de su práctica.

DELIRIUM

Tratamiento no farmacológico

- Explicar a la familia lo que ocurre (cuadro clínico)
- Explicar cómo contribuir al cuidado de paciente
- Crear un ambiente tranquilo.
- Evitar restricciones físicas y confrontaciones con el paciente.
- Facilitar reorientación en tiempo, espacio y persona
- Transmitir confianza y seguridad.
- Ofrecer disponibilidad del equipo.

DELIRIUM

Tratamiento farmacológico

- Tratamiento etiológico
- Tratamiento sintomático: Neurolépticos y Benzodiazepinas
- El diagnóstico de Delirium se considera un **factor independiente de mal pronóstico** en los pacientes con cáncer en estadio avanzado, asociándose a una mayor mortalidad a corto plazo.
- La mayor tasa de respuesta o beneficio terapéutico se dan cuando existen factores precipitantes tratables (fármacos, deshidratación, hipercalcemia...)

DELIRIUM

Tratamiento farmacológico

NEUROLÉPTICOS TÍPICOS

- bloquean R dopaminérgicos sin selectividad regional
- **Haloperidol** (butirofenona) de elección en CP. Vías oral sc, im, iv
 - Más potente
 - Menos sedante
 - Más efectos extrapiramidales
 - Mínimos efectos anticolinérgicos
- **Clorpromazina** (fenotiazida). No vía sc
 - Más sedante y anticolinérgico
- **Levomepromazina** v.o, sc, im, iv
 - Es el mas sedante

DELIRIUM

Tratamiento farmacológico

NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS

Bloquean R dopaminérgicos (mas selectivos) y actividad antiserotoninérgica. Menos efectos extrapiramidales

- Olanzapina. mas sedante. vo
- Risperidona. vo
- Quetiapina. Vo
- Ziprasidona. Vo e im

La decisión dependerá de la severidad de los síntomas, perfil de seguridad y sobre todo del pronóstico del paciente

DELIRIUM

Tratamiento farmacológico

BENZODIACEPINAS

- Por si solas pueden precipitar un delirium.
- De elección en delirium por **deprivación alcohólica** o de **BZD**
- Cuando los NLT no consiguen controlar la agitación o se requiera una sedación profunda de forma rápida
- Midazolam de elección. Vía sc

CONVULSIONES

- Las causas mas frecuentes de convulsiones en el paciente con E. oncológica son los **tumores cerebrales** y las **alteraciones bioquímicas**.
- Dx clínico / análisis de sangre / TAC o RNM
- **TRATAMIENTO:**
 - **De la crisis:** diazepam rectal / midazolán sc / clonazepam iv
 - **Tratamiento de base:**
 - Corregir alteraciones bioquímicas
 - Dexametasona en tumores con edema
 - Antiepiléticos: fenitoina
 - En caso de tumor cerebral sin convulsiones, no está indicado administrar antiepiléticos de forma profiláctica.
 - **Tratamientos específicos:** RT/ QT en escasas ocasiones (mama, pulmón de células pequeñas, germinales y hematológicos).

DEBILIDAD

- Sensación subjetiva, persistente de cansancio relacionada con el cáncer y los tratamientos, que interfieren con el estado funcional.
- Incidencia del **70-80%**
- **Múltiples causas**
- **Tratamiento:**
 - **Medidas no farmacológicas:** ejercicio aeróbico, apoyo psicológico
 - **Medidas farmacológicas:**
 - Transfusiones/ eritropoyetina
 - Metilfenidato
 - Antidepresivos
 - corticoides

INSOMNIO

- El **50%** de los pacientes oncológicos presentan trastornos del sueño.
- Consecuencias negativas sobre la actividad cotidiana y sobre la calidad de vida → prioritario una valoración y tratamiento.
- Tipos de insomnio:
 - De conciliación
 - De mantenimiento

INSOMNIO

Causas

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS O AMBIENTALES

- Ansiedad
- Depresión
- T. del ritmo circadiano
- Miedo a dormir
- Cambios ambientales
- Crisis existencial

PATOLOGÍA MÉDICA

- Dolor
- Fármacos
- Hipoxia
- Polaquiuria, incontinencia
- Alteraciones endocrinas
- Fiebre
- Prurito
- Sd apnea del sueño
- Sd piernas inquietas
- Lesión del SNC

INSOMNIO

Tratamiento farmacológico

- De elección las **BZD** y **imidazopiridinas** (zolpidem)
- Todas las BZD poseen un efecto ansiolítico, hipnótico, relajante muscular y anticonvulsivante variable y dependiente de la dosis.
- La supresión brusca de BZD puede producir efectos de privación.
- Las ZD pueden precipitar o empeorar un cuadro de delirium
- Ajustar la dosis según respuesta
- Las BZD deben utilizarse con cuidado en pacientes que retienen carbónico
- En las encefalopatías pueden producir somnolencia excesiva y confusión; especialmente en la encefalopatía hepática

INSOMNIO

Tratamiento farmacológico

- **Insomnio de conciliación** :BZD vm corta- media:
Zolpidem, loracepam, midazolam
- **Insomnio de mantenimiento**: BZD de vm media-larga:
loracepam, diazepam, flurazepam.
- **Insomnio + ansiedad**: alprazolam y diazepam
- **insomnio+ delirium**: NLT
- **Insomnio + estado depresivo**: antidepresivos con acción sedante
- **Insomnio + dolor neuropático**: ADT.

ANSIEDAD

- 30% de prevalencia en enfermos con cáncer.
- Dimensiones de la ansiedad=CLÍNICA.
 - **D fisiológica:** TQ, disnea, náuseas, vómitos, mareos, insomnio, pérdida de apetito, cefalea, temblores.
 - **D cognitiva** = percepción subjetiva de los síntomas= pensamientos - y distorsionados acerca de la enfermedad, pronóstico y tto; indefensión; culpa; miedo a perder el control.
 - **D conductual**= comportamiento observado: aislamiento social, irritabilidad, mutismo, inactividad/hiperactividad, abandono o baja adherencia al tto.

ANSIEDAD

Causas

- Percepción cercana de la muerte.
- Efectos del tratamiento o de la enfermedad (hipoxia, disnea, dolor).
- Problemas emocionales: temores, preocupaciones, sensación de pérdida de control.
- Problemas sociales: económicos, familiares.
- Problemas espirituales, existenciales.
- Problemas del entorno: falta de cuidados o sobreprotección, falta de garantía de soporte.

ANSIEDAD

Tratamiento

A. Medidas no farmacológicas:

técnicas de relajación, de distracción, ESCUCHA ACTIVA, potenciar resolución de conflictos.*

B. Tratamiento farmacológico:

- *BZD*: tratamiento de elección. En crisis de ansiedad: alprazolam.
- *Neurolépticos*: Haloperidol o clorpromazina: en pacientes con delirium o riesgo de aparición.
- *Antidepresivos*: cuando no se pueden utilizar Bzd se puede utilizar dosis bajas de un antidepresivo con efecto sedante como la Trazadona.

DEPRESIÓN

- Importante hacer dx diferencial entre depresión reactiva y **depresión mayor**. La mayoría de pacientes terminales pueden manifestar sentimientos de tristeza en relación con su proceso de adaptación y no desarrollan una depresión mayor.
- Cuestionario de Endicott.
- **Factores de riesgo:** el principal= antecedente personal de depresión(recoger en la HC los AP psiquiátricos); abuso de fármacos y alcohol; neoplasias: pancreas, SNC, cabeza y cuello; Ttos: corticoides, QT, RT.

DEPRESIÓN

Tratamiento

- **Tratamiento no farmacológico:** tto psicológico.
- **Tratamiento farmacológico:** los antidepresivos son los fármacos indicados. La elección dependerá de :
 - Expectativa de vida del paciente.
 - La presencia de otros síntomas asociados
 - El riesgo de aparición de efectos 2º.

DEPRESIÓN

Tratamiento

- **ISRS:**

- **Paroxetina:** riesgo muy elevado de interacciones medicamentosas.
- **Sertralina:** buen perfil terapéutico debido a su escasa interacción con otros fármacos (citocromo P450) y seguridad en insuficiencia hepática.



DEPRESIÓN

Tratamiento

- **Antidepresivos Tricíclicos:** alternativa en pcte con dolor neuropático, ansiedad e insomnio
 - **Amitriptilina:** efectos sedante y anticolinérgicos marcados. Inicio: 12.5- 25 mg vo en dosis nocturna, incrementando dosis hasta 75-100 mg (máximo 300).
 - **Nortriptilina:** perfil más seguro y < efectos anticolinérgicos.

DEPRESIÓN

Tratamiento

- **Inhibidores mixtos:**
 - **Venlafaxina** (iojo) en paciente con cardiopatía isquémica, HTA, glaucoma, convulsiones.
- **Heterocíclicos:**
 - **Mirtazapina** (Vastat, Rexer): A dosis bajas: sedante; a dosis altas: ATD.
 - **Trazadona** (Deprax): indicado en trastorno depresivo con ansiedad e insomnio.