

CAPÍTULO XIV

Medidas de bienestar del paciente con urgencias oncológicas

*Janeth Sánchez, Enf.
Especialista en Enfermería Oncológica
Fundación Santa Fe de Bogotá*

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las enfermeras encuentran pacientes con cáncer en algún momento de su ejercicio profesional. Ojalá siempre estén dispuestas a tomar un papel activo en su cuidado, infundiendo esperanza, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y optimizando el uso de los recursos de cada institución mediante una labor coordinada con otros profesionales de la salud.

Las urgencias más comunes son de origen metabólico, como el síndrome de lisis tumoral, hematológicas debidas a disfunción de la médula ósea y las compresivas por obstrucciones en diferentes sitios debidas a invasión directa del tumor. Los avances en el cuidado clínico de estos pacientes enfrentan a la enfermera con dispositivos no usuales en los servicios de urgencias, como infusores para quimioterapia ambulatoria, catéteres venosos centrales implantados o terapia de soporte como la administración de factores de crecimiento. Todo esto constituye un reto para la enfermera en cuanto a brindar al paciente soluciones oportunas y libres de complicaciones.

En muchas oportunidades el paciente consulta por efectos adversos del tratamiento, tales como mucositis, la cual se presenta en casi el 40% de los pacientes que recibe quimioterapia

o radioterapia de cabeza y cuello, y entre 50% y 80% de los pacientes con cáncer avanzado experimentan dolor durante el curso de su enfermedad.

La asistencia de la enfermera a los pacientes con urgencias oncológicas debe incluir una evaluación objetiva de su situación, siempre teniendo en cuenta el entorno familiar y social. En esta guía se hace una revisión breve de las causas más frecuentes de consulta oncológica en urgencias y las correspondientes intervenciones de enfermería.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA

DISFUNCIÓN DE LA MÉDULA ÓSEA

La producción normal de células hematopoyéticas se ve deteriorada, provocando neutropenia, trombocitopenia y anemia.

Neutropenia febril: se desarrolla generalmente entre 8 y 12 días después de iniciada la quimioterapia, muchas veces acompañada de procesos infecciosos. Se caracteriza por fiebre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ o $>38^{\circ}\text{C}$ en tres tomas de temperatura en un periodo de 24 horas. Puede estar

enmascarada en pacientes que reciben esteroides. Las manifestaciones clínicas son cambios en el patrón respiratorio habitual, disnea, tos seca o productiva, dolor de garganta, cambios en el patrón urinario habitual y molestias perirrectales.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Toma de signos vitales (notificar al médico temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$).
- Evitar la exposición a posibles fuentes de infección:
 - El paciente debe usar tapabocas durante el traslado a otros servicios.
 - Contacto con personas con enfermedades contagiosas.
 - Polvo y pulverizadores.
 - Frutas y verduras frescas.
- Lavado de manos cuidadoso al atender al paciente.
- Examinar la piel (pueden estar atenuados los signos y síntomas comunes de inflamación, enrojecimiento, calor, formación de pus, edema y dolor) debido a la falta de leucocitos (neutropenia).
- Aislar a los pacientes con un recuento de leucocitos inferior a $1.000/\text{mm}^3$.
- Evitar el uso de sondas urinarias permanentes.
- Habilitar el catéter venoso central (ver acceso venoso central).
- Toma de exámenes de laboratorio y hemocultivos según la indicación médica, utilizando rigurosa técnica aséptica.
- Evitar exploraciones u otros procedimientos rectales.

Trombocitopenia: esta complicación se presenta generalmente a los 8-14 días después de iniciada la quimioterapia, concomitante en muchas ocasiones con la neutropenia. Puede provocar hemorragia, cuando la cifra de plaquetas es inferior a $50.000/\text{mm}^3$. Con cifras

$<10.000/\text{mm}^3$ puede producirse hemorragia espontánea en el tracto gastrointestinal o en el sistema nervioso central y se requiere transfusión de plaquetas. Se caracteriza por sangrado de encías, petequias, equimosis, sangrado en boca, vagina, recto, uretra y nariz y sangrado prolongado de los sitios de punción venosa y heridas en piel.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Reducir el número de procedimientos invasores (aplicar presión en el sitio del procedimiento durante 5 a 10 minutos).
- Verificar la presencia de sangre en orina, heces y vómito.
- Evitar las inyecciones intramusculares.
- Evitar el estreñimiento e hidratar al paciente.
- Evitar la manipulación rectal con enemas, supositorios y termómetros.
- Notificar al médico sobre cefalea, especialmente frontal.
- Inspeccionar la piel buscando señales de sangrado y equimosis.
- Transfusión con plaquetas según sea ordenado.

Anemia: la disminución de eritrocitos provoca fatiga, cefalea, mareos y disnea. Como el organismo es capaz de compensar una disminución gradual de eritrocitos, el paciente en tratamiento o con anemia debido a la enfermedad puede no tener síntomas hasta que el hematocrito sea inferior a 30%. Se presenta síncope, taquicardia e hipotensión postural.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Administrar oxígeno y analgésicos para la cefalea según la orden médica.
- Transfusión de glóbulos rojos.
- Asistir al paciente en las actividades diarias.

DOLOR

Un 20 a 50 % de los pacientes con cáncer presenta dolor durante la fase inicial de la enfermedad, cifra que puede llegar a 90% en los casos avanzados. El dolor es producido en un 75% de los casos por el tumor mismo y en un 10% por otras causas. Un paciente puede tener simultáneamente varios tipos de dolor de diferentes fuentes:

Procedimientos de diagnóstico

- Punción lumbar.
- Biopsia.
- Muestras de sangre.

Cirugía

- Dolor postoperatorio agudo.
- Dolor postoperatorio crónico: mastectomía, linfedema y toracotomía.

Quimioterapia

- Agudas: mucositis, mialgias, dolores articulares, extravasación.
- Crónicas: neuropatía periférica, seudorreumatismo esteroideo.

Radiación

- Agudas: quemadura de la piel, prurito y mucositis.
- Crónicas: osteonecrosis, fibrosis, neumonitis, úlceras intestinales u obstrucción.

Intervención de enfermería

- Evaluar en forma multidimensional el dolor; para determinar la intensidad usar la escala análoga numérica, en colaboración con el médico.
- Coordinar con el grupo de manejo del dolor de cada institución la administración de analgésicos narcóticos si es apropiado.
- Escuchar al paciente, su familia o cuidadores.
- No retardar el tratamiento de un paciente con dolor y utilizar las dosis de rescate.

- Utilizar la vía más adecuada para administrar la medicación, teniendo en cuenta condiciones como trombocitopenia, neutropenia y la duración del efecto del medicamento. La vía subcutánea presenta muy buenos resultados en paciente crónico-terminal y la acepta sin ningún inconveniente; se utiliza en la región anterior del tórax, abdomen, brazo o el muslo. Previa asepsia local se inserta un catéter número 20, 22 ó 24G en el tejido celular subcutáneo, se adapta un tapón PRN® y se fija con esparadrapo. La duración promedio es de 4 días.
- Administrar los analgésicos por horario durante las 24 horas, puesto que presenta mayor efectividad que administrarlos por necesidad.
- Colaborar en generar un ambiente agradable y cómodo.

MUCOSITIS

La quimioterapia y la radiación afectan la rápida frecuencia mitótica de las células bucales y lesiona el revestimiento de células epiteliales del aparato gastrointestinal desde la boca hasta el ano. Se inicia por lo general entre 7 y 14 días después del tratamiento y dura de 2 a 3 semanas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- El tratamiento se realiza de acuerdo con la severidad de las lesiones.
- Si existen signos de infección se toman muestras para cultivo (curso a veces en pacientes neutropénicos).
- Si la estomatitis es muy dolorosa, se administra analgésico en solución de hidróxido de aluminio y clorhidrato de difenhidramina o lidocaína viscosa (fórmula magistral).
- Se debe estimular al paciente a beber líquidos en abundancia.

SÍNDROME DE LISIS TUMORAL

Sucede especialmente en pacientes con tumores de división rápida, leucemia o linfomas que reciben quimioterapia citotóxica; al destruir las membranas de muchas células tumorales, se libera el contenido intracelular al flujo sanguíneo, lo cual eleva los niveles de potasio, fosfato y ácido úrico. Los niveles de calcio caen en respuesta a la elevación de los niveles de fosfato; puede provocar falla renal y paro cardíaco. Los signos y síntomas incluyen espasmos carpopedales, dolor articular por acumulación de ácido úrico, disuria, anuria y vómito. La función renal se disminuye por formación de cristales de ácido úrico. Se presentan convulsiones y taquicardia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Toma de sangre para determinación de electrolitos y niveles de ácido úrico.
- Restricción del potasio en los líquidos endovenosos y en la dieta.
- Hidratación endovenosa para disminuir la concentración de ácido úrico en orina; también suele adicionarse bicarbonato sódico a los líquidos endovenosos.
- Se administran diuréticos conjuntamente con las medidas de hidratación para estimular la excreción de potasio y fosfato.
- Pueden utilizarse resinas de intercambio catiónico (Kayaxelate o hidróxido de aluminio) y se usa alopurinol para retirar el ácido úrico.
- Es un paciente para tratamiento en unidad de cuidados intensivos.

COMPRESIÓN MEDULAR

Puede deberse a la presión directa sobre la médula espinal, comprometiendo el riego vascular del área, lo cual da lugar a un infarto de

la médula espinal o a un colapso vertebral. Alrededor de 5-10% de las personas con enfermedad metastásica desarrollan compresión de la médula espinal. Los tumores que con mayor frecuencia la producen son carcinoma de seno, pulmón, próstata y mieloma múltiple. Los signos y síntomas son dolor progresivo de la espalda, el cual no se alivia con el reposo y se agudiza con el decúbito supino, al toser o estornudar; déficit motor y alteraciones sensoriales, especialmente de las extremidades inferiores (adormecimiento y parestesias), disfunción del intestino y la vejiga y alteración de la función sexual.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Coordinar la pronta realización de medios diagnósticos (RMN, mielografía).
- Informarse sobre el pronóstico del paciente.
- Coordinar tratamiento con el médico oncólogo.
- Administrar esteroides para reducir el edema local y mejorar la función neurológica.
- Coordinar el inicio de la radioterapia tan pronto se confirme diagnóstico, evitando deficiencias neurológicas irreversibles.

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

Resulta de la obstrucción del drenaje venoso del tórax superior. La vena cava superior es muy vulnerable a la obstrucción por sus paredes delgadas, baja presión y su localización anatómica. Los ganglios linfáticos de gran tamaño o la extensión directa del tumor pueden comprimir y obstruir la vena cava en forma extrínseca, o también interna por un trombo (como en los casos de los catéteres venosos centrales a permanencia). Más de 75% son secundarios a tumores pulmonares de células pequeñas o escamosas, y 10 al 15% son

secundarios a linfomas. Los signos y síntomas son disnea, edema facial, dolor en el pecho, tos, disfagia y taquipnea.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Mantener la vía respiratoria permeable.
- Controlar el equilibrio de líquidos y electrolitos.
- Vigilar signos vitales y nivel de conciencia.
- Evitar utilizar las venas de las extremidades afectadas, debido al riesgo de estasis venoso, flebitis y trombosis.
- Administrar esteroides, diuréticos y anticoagulantes.
- Coordinar quimioterapia y radiación.

ACCESO VENOSO CENTRAL

Los pacientes de oncología pueden llevar implantado un dispositivo de acceso venoso central. Se debe siempre preguntar al paciente si lo tiene y utilizarlo para administración de líquidos, sangre, infusiones y toma de muestras. El personal de urgencias debe estar capacitado para el manejo de este tipo de catéteres, puesto que su uso es de primera elección en el manejo de las urgencias oncológicas.

Aunque por lo general el acceso a un reservorio implantado provoca una sensación de presión, más que de dolor, es posible que el paciente prefiera la aplicación de un anestésico local antes de la inserción de la aguja. El anestésico tópico se aplica en forma abundante en la zona mínimo una hora antes. A continuación se describe la técnica de inserción de la aguja:

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes estériles.
- Preparación de la piel con solución antiséptica para acceder al reservorio.

- Lavado del equipo de punción con solución heparinizada o solución salina.
- Localización y fijación del reservorio con los dedos índice y pulgar y punción con la aguja diseñada para este fin.
- Comprobar el retorno de sangre mediante aspiración.
- Curación con gasa doblada debajo de las alas de la aguja, para mantener la aguja en un ángulo de 90°, y cubrir con apósito transparente.
- Registrar la fecha y la hora del procedimiento.
- Conectar la infusión o tomar las muestras.

TRATAMIENTOS AMBULATORIOS ESPECIALES

En la última década los tratamientos del paciente con cáncer se han orientado a ser más cómodos y menos agresivos en sus efectos. Se utilizan medicamentos e infusores para medicamentos con los cuales puede llegar el paciente al servicio de urgencias.

Factores estimulantes de colonias: son factores de crecimiento que sirven de intermediarios en la proliferación, maduración, regulación y activación de los granulocitos, macrófagos, linfocitos, monocitos, eritrocitos y plaquetas. Se conocen GM-CSF (Leucomax®) y G-CSSF (Neupogen®). Se pueden administrar en forma endovenosa en DAD 5% en bolo o por infusión corta y por vía subcutánea en inyecciones diarias. Se asocian con mínima toxicidad, pero pueden ocasionar fiebre, fatiga, dolores musculares y erupción cutánea.

Interferón: son proteínas que inhiben la proliferación viral y aumentan la respuesta inmunológica celular. En la actualidad se usa el Interferón-alfa en pacientes con melanoma, en algunas leucemias y en el sarcoma de Kaposi asociado con SIDA. El Interferón puede administrarse en dosis única intravenosa en bolo

o por infusión, intramuscular y subcutánea; ésta última es la vía más común.

INFUSORES

Es una nueva modalidad para administrar medicamentos citotóxicos en forma ambulatoria por determinado tiempo; 12 ó 24 horas es lo más usual. Al retirar el infusor, éste se debe manejar teniendo en cuenta las precauciones de bioseguridad de desechos citotóxicos.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Recordar que el paciente oncológico es especial por la cronicidad de su enfermedad, que está muy bien informado, que conoce su tratamiento y que puede brindar ayuda valiosa a la enfermera durante su atención.
- Informarse sobre el pronóstico del paciente para evitar medidas que desmejoren la calidad de vida.
- Si se desconoce algún catéter o dispositivo que el paciente porte, buscar ayuda con las personas que poseen experiencia en el área para evitar errores.
- Vincular a la familia en el cuidado.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. American Cancer Society. Libro de Consulta para Enfermeras sobre el Cáncer. Asociación Española contra el Cáncer. Octava edición. Gráficas DIBE. España, 1994.
2. Dawn C. Controle efectos adversos de la quimioterapia. *Nursing* 1992; 10: 8-16.
3. Instituto Nacional de Cancerología. Guías de Práctica Clínica en Enfermedades neoplásicas. Ramírez G, Patiño JF, Castro C y col (editores). Segunda edición. Bogotá, 2001.
4. Kidd P. Problemas hematológicos y oncológicos. En: Urgencias en Enfermería. Stinson P, Sturt P (Editores). Editorial Océano. Barcelona.
5. Larouere E. El arte de acceder a un reservorio implantado. *Nursing* 1999; 17:24-26.
6. Saavedra P. Infusión subcutánea continua de medicamentos para el control de síntomas en el paciente con cáncer terminal. En: Medicina Interna en Enfermería. Matiz H (Editor). Kimpres Ltda. Bogotá, 1992.