

# CUIDADO PASO A PASO – Neuropatía (deterioro o daño del nervio motor o sensorial)

## Evaluación

### Observe:

- ¿El paciente parece débil?
- ¿El paciente parece incómodo?
- ¿Deambulación o movimiento general alterado?
- Si hay debilidad muscular, ¿hay dificultades respiratorias aparentes?

### Escuche:

- ¿Refiere el paciente debilidad (unilateral o bilateral)?
- ¿Informa el paciente de aparición de dolor, empeoramiento del previo, entumecimiento u hormigueo?
- ¿Refiere el paciente dificultad para andar o mantenerse de pie?

### Reconozca:

- Deficits motores
- Deficits sensoriales
- Cambios en el estado mental
- Parestesias
- Valores de laboratorio
- Historias previas de otras toxicidades con otras terapias
- ¿Tiene el paciente diabetes mellitus?
- ¿Hay signos y síntomas neurológicos?
  - Metástasis a la médula espinal
  - Otras metástasis que pueden causar síntomas

## Clasificando el grado de Toxicidad:

### Grado 1 (Leve)

#### Motor periférico:

- Asintomático; observaciones clínicas o diagnósticas solamente
- No se indica intervención

#### Sensorial periférico:

- Asintomático; pérdida de reflejos tendinosos profundos o parestesia

### Grado 2 (Moderado)

#### Motor periférico:

- Síntomas moderados; limitación de ADV instrumentales

#### Sensorial periférico:

- Síntomas moderados; limitación de ADV instrumentales

### Grado 3 (Severo)

#### Motor periférico:

- Síntomas severos; limita las ADV como el autocuidado; requiere dispositivos de asistencia

#### Sensorial periférico:

- Síntomas severos; limita las ADV como el autocuidado

### Grado 4 (Potencialmente mortal)

#### Motor periférico:

- Potencialmente mortal; intervención urgente indicada

#### Sensorial periférico:

- Potencialmente mortal; intervención urgente indicada

### Grado 5 (Muerte)

## Manejo

### Estrategia global:

- Diagnóstico diferencial con otras causas de neuropatía: diabetes con HbA1C, vit B12, folatos, TSH y VIH.
- Descartar etiologías infecciosas, no infecciosas y relacionadas con enfermedades (medicamentos, trastornos metabólicos / endocrinos, exposiciones ambientales, vasculares o autoinmunes, traumatismos)
- Dosis altas de esteroides \* (0,5–1 mg / kg / día de prednisona o equivalente) deben ser usados.
- Ipilimumab se detendrá para eventos de grado 2, nivolumab ante la primera aparición del evento de grado 3 y pembrolizumab según la gravedad de la enfermedad; se suspenderá definitivamente el tratamiento con ipilimumab para eventos de Grado 2 que persistan durante aproximadamente 6 semanas o no se pueda reducir la dosis de esteroides \* a aproximadamente 10 mg de prednisona o equivalente por día; se suspenderá el uso de pembrolizumab o nivolumab para eventos de grado 3/4 que se repitan, persistan durante 12 semanas o no se pueda reducir la dosis de esteroides a 10 mg de prednisona o equivalente por día
- El síndrome de Guillain-Barré se recomienda ser manejado en la UCI, con especial atención en el manejo de las vías respiratorias.
- Consulta de neurología
  - o Consideración de electromiografía y pruebas de conducción nerviosa.
  - o Infusiones de inmunoglobulina
  - o Plasmaféresis
- Reduzca los esteroides \* lentamente durante al menos 4 semanas una vez que los síntomas mejoren
- Si es necesario, obtenga fisioterapia o consulta de terapia ocupacional (tanto para la evaluación funcional como para evaluar la seguridad del paciente en el hogar)
- Medicamentos de apoyo para el manejo de los síntomas (por ejemplo, gabapentina, pregabalina o duloxetina)

## Implementación:

- Comparar con estado basal previo; grade y documente la neuropatía y su etiología (diabetes, medicación, origen vascular, quimioterapia)
- Identificación temprana y evaluación de los síntomas del paciente.
- Intervención temprana con análisis de laboratorio y visita precoz si se sospechan síntomas de neuropatía

## \* Administración Corticoides:

### Instrucciones / calendario de reducción de esteroides como guía/recomendación

- La disminución gradual debe tener en cuenta los síntomas que presente el paciente
- Seguimiento cercano en persona o por teléfono, según la necesidad individual y la sintomatología
- Los esteroides causan indigestión; proporcionar terapia antiácida diaria como prevención de la úlcera gástrica mientras toma esteroides (por ejemplo, inhibidor de la bomba de protones o bloqueador H2 si la dosis de prednisona es > 20 mg / día)
- Revisar los efectos secundarios de los medicamentos esteroideos: cambios de humor (enojado, reactivo, hiperactivo, eufórico, maníaco), aumento del apetito, sueño interrumpido, aftas orales, retención de líquidos
- Esté atento a los síntomas recurrentes a medida que los esteroides disminuyen (es posible que sea necesario ajustar la reducción)

### Esteroides a dosis altas a largo plazo:

- Considere la profilaxis antimicrobiana (sulfametoxazol / trimetoprima dosis doble L / M / V; dosis única si se usa diariamente) o alternativa si es alérgica a las sulfas (por ejemplo, pentamidina inhalada)
- Valore profilaxis antiviral y antifúngica adicional
- Evite el alcohol / fármacos hepatotóxicos
- Si uso prolongado de esteroides, riesgo de osteoporosis; iniciar suplementos de calcio y vitamina D

## BANDERAS ROJAS:

- Síndrome de Guillain-Barré
- Miastenia gravis
- Dolor, entumecimiento y debilidad asimétrica compatible con una vasculitis.

