

## Sumario:

Tratamiento farmacológico en los cuidados paliativos:	
- Introducción .....	1
- Tratamiento del dolor .....	2
- Síntomas digestivos .....	5
- Síntomas respiratorios .....	6
- Síntomas neuropsicológicos .....	7
- Conclusiones .....	7
- Bibliografía .....	8

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

**Flor García, A., Pérez Rodríguez, I. (Servicio de Farmacia, Gerencia Atención Primaria Guadalajara), Horta Hernández, A. (Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario de Guadalajara), Díaz Herrero, A. (Médico de Atención Primaria, Técnico de Salud U.D. MFyC Guadalajara), Raja Casillas, M.I. (Médico especialista en MFyC, responsable de la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios de Toledo)**

*Según la OMS, los Cuidados Paliativos se definen como la atención específica, activa e integral que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades, siendo primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Su ámbito no se restringe a una sola patología, y no impone un límite de tiempo de supervivencia, aunque habitualmente se habla de meses.*

### INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Paliativos (CP) son apropiados para todos los pacientes terminales, no sólo los pacientes con cáncer. El primer punto, por tanto, será definir qué se entiende por enfermo terminal. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ha propuesto las condiciones que definen esta situación:

- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas. La media está entre ocho y nueve síntomas coexistentes en un mismo paciente.
- Gran impacto emocional en el paciente, su familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

El objetivo de los CP es la calidad de vida y el confort de los pacientes antes de su muerte. Se basan en tres puntos fundamentales:

- El control de los síntomas. El primer paso para aportar bienestar al enfermo y calidad de vida a la familia es tener en cuenta que existen tratamientos capaces de controlar la mayoría de los síntomas y de aliviar el resto.
  - Apoyo emocional y comunicación con el enfermo y la familia.
  - Un equipo interdisciplinar, con formación específica en CP, técnicas de comunicación y apoyo emocional. Este equipo debe incluir médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc.
- La **atención integral** de los enfermos terminales supone:
- Realizar una atención adecuada de sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, así como de las de su familia.
  - Ayudar a la familia facilitándole los recursos que hagan falta para que el entorno familiar y social del enfermo sea el más adecuado a su situación.
  - Respetar al enfermo y a su familia tal como son, proporcionando las pautas más acordes y adecuadas a su

forma de vida. Es fundamental el respeto a la autonomía y la dignidad del paciente, a su forma de ser, a sus creencias y valores. La opinión del enfermo siempre se debe pedir y tener en cuenta a la hora de establecer los objetivos terapéuticos.

En el enfermo terminal los cambios son frecuentes en cuanto a la cualidad y la intensidad de sus síntomas. Esto obliga a una revisión constante de las estrategias terapéuticas, adaptándolas a las diferentes necesidades del paciente. Una indicación terapéutica adecuada en un momento de la evolución de la enfermedad puede dejar de serlo al cabo de poco tiempo. Si retrasamos la decisión terapéutica, puede que esta llegue tarde, con la consiguiente pérdida en la calidad de vida del paciente.

El tratamiento paliativo y el curativo son complementarios, no excluyentes; según avanza la enfermedad el tratamiento paliativo va adquiriendo un mayor énfasis, mientras que el tratamiento específico de la enfermedad se va agotando.

A pesar de que los cuidados paliativos deben atender íntegramente todas las necesidades del paciente, en este boletín farmacoterapéutico nos vamos a centrar únicamente en el tratamiento farmacológico de los principales síntomas.

### Recomendaciones farmacológicas generales

Según la SECPAL no son necesarios más de 15 ó 20 medicamentos para controlar los síntomas de los pacientes terminales, de los que será necesario tener un conocimiento exhaustivo. De esta manera, se evitará el ir cambiando de un medicamento a otro e ir probando por sistema los últimos que salen al mercado.

A la hora de utilizar un fármaco en un paciente terminal será fundamental valorar la relación riesgo/ beneficio, o lo que es lo mismo, su efecto terapéutico y sus efectos secundarios. En el caso de los enfermos terminales, los efectos secundarios que preocupan son aquellos que contribuyen al malestar del paciente (dolores, hemorragias). Hay que tener en cuenta que la aparición de efectos secundarios es la causa más frecuente de abandonos del tratamiento.

Siempre que sea practicable, la vía de administración oral será la seleccionada. Si el enfermo tiene problemas para tragar, aspectos como el tamaño de los comprimidos pueden ser importantes. Otras características, como un sabor desagradable de los medicamentos, dificultades en la administración, interferencias con el estilo de vida, etc., pueden suponer un obstáculo para el cumplimiento.

Siempre que sea posible será importante restringir el número de fármacos, retirando aquéllos que ya no son necesarios. Intervalos cortos entre dosis también van en detrimento del cumplimiento. Por eso, siempre que sea posible, se elegirá un medicamento de acción prolongada.

Los diferentes fármacos se administrarán independientemente, no en preparaciones combinadas, para conseguir un mejor ajuste de las dosis y así evitar la aparición de efectos no deseados.

### TRATAMIENTO DEL DOLOR

Según la definición de la IASP (International Association for the Study of Pain) el dolor "es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial de los tejidos, o que se describe como producida por dicha lesión". Es siempre subjetivo y se percibe según las experiencias vividas por la persona que lo sufre. Existe siempre que un paciente diga que algo le duele.

El dolor es uno de los síntomas más comunes en cuidados paliativos y uno de los más temidos por los pacientes terminales. Un buen control del dolor requiere una correcta valoración del tipo de dolor, de las causas que lo producen y de la intensidad del mismo.

#### Tipos de dolor:

- Según su duración:
  - o Dolor agudo: el tratamiento debe ir dirigido directamente a la enfermedad o lesión causante del dolor, acompañado o no del uso a corto plazo de analgésicos.
  - o Dolor crónico: requiere tratamiento de la enfermedad subyacente si es posible, uso regular de analgésicos para aliviar el dolor y prevenir recurrencias, también requiere soporte psicosocial. Cuando se trata de dolor crónico oncológico, sobre la base de este dolor pueden aparecer crisis de dolor intensas y de corta duración (dolor irruptivo), que pueden ser debidas a una causa desencadenante (dolor irruptivo incidental) o de forma espontánea (dolor irruptivo espontáneo) que van a requerir dosis de rescate del analgésico pautado de forma regular.
- Según sus características:
  - o Dolor nociceptivo: como consecuencia de una lesión somática o visceral.
  - o Dolor neuropático: el paciente lo describe como sensaciones desagradables, quemantes o punzantes o como sensación de acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión. Es un dolor de difícil control, responde mal a los analgésicos habituales y mejor a los analgésicos coadyuvantes.

#### Causas de dolor:

En cuidados paliativos hay diferentes causas posibles de dolor:

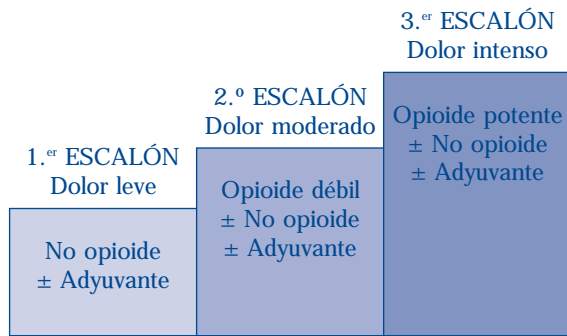
- Debido a la enfermedad primaria (infiltración tumoral, compresión nerviosa).
- Asociado al tratamiento (procedimientos diagnósticos, cirugía).
- Relacionado con debilidad crónica (úlceras por presión, estreñimiento crónico, trombosis venosa profunda, boca seca, etc.).
- No relacionado con la enfermedad primaria o tratamiento (artritis, enfermedad isquémica cardíaca, neuralgia post-herpética).

**Intensidad del dolor.** Se determina a través de las escalas de intensidad del dolor dirigidas al paciente: escala analógica visual (EVA), escala numérica y escala descriptiva.

#### Escalera analgésica de la OMS (Fig. 1)

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, suele utilizarse una pauta escalonada de tratamiento. Fundamentalmente la intensidad del dolor es lo que va a determinar por qué escalón se debe iniciar el tratamiento. La ausencia de control de dolor indicará la necesidad de pasar al escalón siguiente o asociar distintos analgésicos hasta conseguir el alivio del dolor.

Esta escala incluye desde los analgésicos simples y AINE hasta los opioides potentes. Los fármacos coadyuvantes son muy útiles en determinados tipos de dolor y se pueden asociar en cualquiera de los tres escalones.



**Figura 1. Escalera analgésica de la OMS.**

### A. Principios generales del uso de analgésicos

Los analgésicos se deben administrar de forma regular y no “a demanda”, a las dosis correctas, individualizándolas para cada paciente y a intervalos apropiados en relación a la duración de acción.

- La vía oral se considera de elección.
- La utilización simultánea de 2 medicamentos del mismo escalón no reporta ningún beneficio y por tanto se debe evitar, a excepción de los tratamientos de rescate.
- No se recomienda la combinación de fármacos del 2.º y 3.º escalón, ya que tienen el mismo mecanismo de acción y se potenciarían los efectos adversos. En este caso existe una excepción, que es el uso de un opioide potente utilizado para controlar el dolor, asociado a la codeína para el control de la tos seca resistente a otros tratamientos.
- En todos los pacientes, además de la pauta fija para control del dolor basal, se deben prescribir dosis de rescate en una forma de liberación rápida.
- Prevenir y tratar precozmente los efectos secundarios más frecuentes de los opioides pautando laxantes y/o antieméticos.
- Para iniciar un tratamiento o titular dosis se preferirá el uso de formas de liberación rápida y, una vez establecida la dosis óptima diaria, se podrá administrar la misma en forma de liberación sostenida.

### B. Primer escalón (Tabla 1)

Está constituido por los AINE, incluyendo el paracetamol y el metamizol.

No producen resistencia ni adicción, pero poseen techo analgésico.

El principal problema del uso crónico de los AINE es la toxicidad gastrointestinal, que puede llegar a producir úlceras y hemorragia digestiva. Se recomienda profilaxis con omeprazol o misoprostol en pacientes de riesgo.

Entre los distintos AINE no existe evidencia científica de que uno sea más efectivo que otro. Habrá que valorar la posible aparición de efectos secundarios y el tipo de dolor que queremos tratar.

El paracetamol posee menos efectos secundarios a nivel digestivo, sin embargo, únicamente es útil en caso de dolor leve sin un proceso inflamatorio de base. El metamizol es muy efectivo en dolores viscerales por su actividad espasmolítica. De entre el resto de los AINE, el ácido acetilsalicílico, el ibuprofeno y el diclofenaco son de elección en el tratamiento del dolor producido por las metástasis óseas.

**Tabla 1. Dosis recomendadas de analgésicos del primer escalón.**

Medicamento	Dosis	Dosis máxima/día
Ac. Acetilsalicílico	500-1.000 mg/4-6 h	4.000 mg
Paracetamol	500-1.000 mg/4-6 h	4.000 mg
Metamizol (Dipirona)	575-2.000 mg/6-8 h	6.000 mg
Ibuprofeno	400-600 mg/6-8 h	2.400 mg
Naproxeno	250-500 mg/8-12 h	1.500 mg
Diclofenaco	50 mg/8-12 h	150 mg

### C. Segundo escalón (Tabla 2)

Dentro de los opioides débiles se encuentran la codeína, dihidrocodeína y el tramadol. Éstos, al igual que los anteriores, presentan techo analgésico. Están indicados en dolor moderado que no cede con AINE asociándolos a éstos y a coadyuvantes si es necesario. Su perfil de efectos adversos es menor que el del resto de opioides. En el caso del tramadol, las nuevas formulaciones en forma de solución y gotas, nos permiten iniciar el tratamiento con dosis muy bajas, mejorando así la tolerancia a los efectos adversos.

**Tabla 2. Dosis recomendadas de analgésicos del segundo escalón.**

Medicamento	Dosis	Observaciones
Codeína	30-60 mg/4-6 h D. max. 240 mg/día	Posee también acción antitusiva
Dihidrocodeína	60-120 mg/12 h D. max. 240 mg/día	Comp.liberación retardada (no partir ni triturar)
Tramadol	50-100 mg/6 h D. max. 400 mg/día  Equivalencia vía oral/SC = 120/100	En personas frágiles iniciar con dosis menores (25 mg/6h) y aumentar progresivamente.

### D. Tercer escalón

#### MORFINA

La morfina es el fármaco de referencia del tercer escalón. Su efecto máximo se produce a la hora y su duración de acción es de 4 horas. A diferencia de los fármacos del 1.º y 2.º escalón, no tiene techo analgésico.

#### Morfina oral

En el paciente que ha seguido la estrategia del 1.º y 2.º escalón a dosis máximas, se iniciará el tratamiento con morfina a dosis de 10 mg/4 h (60 mg/día) o bien 30 mg/12 h con formulación de liberación sostenida, pautando siempre dosis de rescate de 10 mg, tantas como necesite. El paciente se volverá a valorar en 24-48 horas.

Una vez conseguido un control aceptable del dolor se calculará la nueva dosis, sumando las dosis de rescate utilizadas en 24 horas a la dosis diaria total. La dosis diaria calculada se puede sustituir por la forma de liberación sostenida manteniendo la misma dosis total de morfina en 24 horas (dosis diaria total/2= dosis a administrar cada 12 horas). Las formas de liberación sostenida no pueden masticarse ni triturrarse, las

cápsulas se pueden abrir y administrar su contenido sin machacar.

La necesidad de más de 3 dosis de rescate al día obliga a aumentar la dosis entre 30-50%.

Cuando se inicia un tratamiento con morfina en un paciente que ya estaba tomando otro opioide potente se calculará la dosis equivalente de morfina en 24 horas. (Tabla 3)

**Tabla 3. Equivalencia analgésica entre opiáceos.**

Morfina oral/SC	2/1
Morfina oral/IV	3/1
Morfina oral/Metadona oral	5/1
Oxicodona/Morfina oral lib. retardada	1/2
Morfina oral/Codeína oral	1/12
Morfina oral/Dihidrocodeína oral	1/12
Morfina oral/Tramadol oral	1/10

Los efectos secundarios son conocidos, predecibles y controlables y, tratándolos, rara vez impiden su utilización. Se suele desarrollar tolerancia a ellos, excepto al estreñimiento, que es el efecto adverso más frecuente. Se recomienda la utilización profiláctica de laxantes de tipo osmótico (lactulosa, lactitol) y/o purgantes (senósidos). Las náuseas y vómitos se presentan en dos de cada tres pacientes, pero suelen desaparecer a los 3-4 días de iniciar el tratamiento. Para su alivio son útiles haloperidol (2-5 mg nocturnos) o metoclopramida (10-20 mg/8 h). La sedación suele ser frecuente al principio, desapareciendo normalmente al cabo de 3-5 días. Se suprimirán los fármacos que potencien el efecto sedante (benzodiazepinas). Metilfenidato puede ser útil en caso de elevada sedación. La sequedad de boca se alivia con una buena higiene bucal y evitando asociar fármacos con efectos anticolinérgicos y el prurito con antihistamínicos (hidroxicina 25 mg/noche).

La depresión respiratoria es excepcional cuando se utiliza como analgésico, por vía oral y a la dosis correcta. En la administración crónica el riesgo es mínimo. La dependencia física sólo se produce cuando la administración de opioides se reduce bruscamente o cuando se administra un antagonista. En caso de tener que reducir la dosis se hará escalonadamente de un 15-20% al día. La tolerancia al efecto analgésico no reviste relevancia clínica y en caso de desarrollarse, se aumentará la dosis hasta conseguir una analgesia satisfactoria.

**Morfina subcutánea**

Cuando no es posible utilizar la vía oral (situación de últimos días, agonía, imposibilidad para deglutir, delirium, etc.), la vía de elección es la subcutánea. En estas situaciones, siempre debe mantenerse el opioide y se puede administrar en forma de bolos, a través de una palomilla subcutánea, o en infusión continua mediante infusores elastoméricos. La vía subcutánea es muy útil puesto que además de morfina, permite administrar otros fármacos para potenciar la analgesia o paliar otros síntomas (esteroides, midazolam, metoclopramida, haloperidol).

**FENTANILO**

El fentanilo es 80 veces más potente que la morfina. Como analgésico se encuentra comercializado en forma de parches transdérmicos y como analgésico de rescate para administración oral transmucosa (OTC).

**Fentanilo transdérmico (FTD)**

Aporta otra vía no invasiva alternativa a la morfina oral. Frente a ésta tiene como ventajas una menor incidencia de efectos adversos y mayor comodidad de administración, un parche cada 3 días. Sin embargo, su inicio de acción es más lento, lo que obliga a cubrir las necesidades analgésicas durante la fase inicial (12-15 h). Su acción residual persiste hasta 17 horas después de retirar el parche, lo que es un inconveniente en caso de toxicidad.

**Pautas de utilización:**

- Pacientes sin tratamiento previo con opioides potentes: empezar con un parche de 25 mcg/h cada 3 días, y pautar rescate con morfina oral de liberación rápida (15% de la dosis equivalente de morfina) o fentanilo OTC.
- Pacientes previamente tratados con morfina: convertir la dosis de morfina oral de 24 horas en el equivalente de fentanilo (Tabla 4). El parche se administrará al dar la última dosis de morfina de liberación sostenida (tarda 12 horas en iniciar el efecto). Es necesario pautar rescate con morfina oral o fentanilo OTC.

**Tabla 4. Equivalencia analgésica entre morfina oral y fentanilo transdérmico.**

Morfina oral (mg/día)	FTD (mcg/h)
45	25
90	50
135	75
180	100

Si a los 3 días de iniciar el tratamiento no se controla bien el dolor o se han utilizado más de 3 dosis de rescate al día, incrementar la dosis en 25 mcg/h, así sucesivamente hasta alcanzar la dosis eficaz.

Es importante la rotación de las zonas cutáneas de aplicación, colocarlo en superficies lisas, limpias, secas y poco pilosas y extremar la precaución en caso de hipertermia o aumento de calor en la zona ya que se libera más medicamento.

**Fentanilo oral transmucosa (OTC)**

Indicado únicamente en episodios de dolor irruptivo en pacientes en tratamiento previo con opioides. Se absorbe a nivel de la mucosa oral, su acción es rápida y corta (15 minutos-4 h). Por su farmacocinética es el fármaco de elección para controlar los episodios de dolor irruptivo. Es necesario explicarle muy bien al paciente cómo se utiliza.

**METADONA:** fármaco de difícil manejo. Es muy útil en pacientes con dolor mixto con componente neuropático y en aquellos en los que hay que realizar rotación de opioides por aparición de efectos secundarios severos (estreñimiento importante, neurotoxicidad). Posee una vida media muy larga y alto riesgo de acumulación. Debe ser administrada por personal cualificado.

**BUPRENORFINA:** existe en forma de parches transdérmicos, que se administran cada 3 días, y de comprimidos sublinguales para el tratamiento de rescate. Mayor incidencia de náuseas y vómitos. Tiene techo analgésico. Sólo es válida en dolor de intensidad moderada.

**OXICODONA:** opioide dos veces más potente que la morfina, comercializado únicamente en forma de comprimidos de

liberación controlada, que permite su administración cada 12 horas. Poca experiencia de uso en España. Parece que puede aportar algún beneficio con respecto a alguno de los efectos secundarios (disminuye la incidencia de alucinaciones, prurito y náuseas), pero tiene mayor incidencia de estreñimiento.

### E. Analgésicos coadyuvantes (Tabla 5)

Se utilizan cuando la fisiopatología del dolor indica una baja respuesta a los opioides, para reducir sus efectos secundarios o en caso de síndromes dolorosos complejos. Así, por

ejemplo, juegan un papel muy importante en el tratamiento del dolor neuropático y en el provocado por metástasis óseas.

La escalera terapéutica de la OMS es útil para combatir el dolor en la mayoría de los casos. En, aproximadamente, el 5% de los pacientes no se consigue un adecuado control del dolor. En este grupo de pacientes está indicado otro tipo de terapia antiálgica, lo que se denomina el 4.º ESCALÓN, donde se incluyen ciertas técnicas de administración de opioides por otras vías (epidural e intratecal) y los bloqueos nerviosos. La aplicación de estas técnicas queda limitada a las Unidades de Dolor.

**TABLA 5. Analgésicos coadyuvantes.**

Medicamento	Dosis	Comentarios
<u>Antidepresivos</u> - Amitriptilina	Dosis inicial 10-25 mg por las noches, con incrementos de 10-25 mg cada semana hasta 100-150 mg/día.	- Útiles principalmente en dolor neuropático con componente disestésico. - Uso limitado por efectos anticolinérgicos. - Dosis y tiempo para obtener efecto analgésico menor que como antidepresivo.
<u>Anticonvulsivantes</u> - Gabapentina	Comenzar 300 mg/noche, aumentar 300 mg cada 3-4 días. Dosis media: 300-400/8 h. Dosis max. 3600 mg/día.	- Útiles principalmente en dolor neuropático lancinante. - Menos efectos secundarios con Gabapentina que con otros anticonvulsivantes (Carbamacepina).
<u>Corticosteroides</u> - Dexametasona	Dosis variable: 8-40 mg/día durante 3-5 días. Reducir hasta dosis mínima eficaz.	- Indicados en compresión medular, aumento de la presión intracraneal, metástasis óseas, etc. - Otras acciones beneficiosas: mejora el apetito, antiemética, elevada sudoración por opioides, etc.
<u>Bifosfonatos</u> - Pamidronato - Zoledronato - Clodronato	90 mg IV/mes 4 mg IV/4 semanas 800 mg/12h VO	- Útiles en dolor por metástasis óseas principalmente con patrón osteolítico.
<u>Fenotiacinas</u> - Clorpromazina	75-150 mg/día en tres tomas, comenzando con dosis bajas nocturnas.	- Propiedades antieméticas, sedante nocturno, dolor por tenesmo rectal y somnolencia. - Efectos secundarios anticolinérgicos, reacciones extrapiramidales.
<u>Baclofeno</u>	10 mg por las noches.	- Dolor asociado a espasmos musculares.

## SÍNTOMAS DIGESTIVOS

### A. Anorexia

Es la incapacidad del paciente para comer normalmente. La causa principal es la propia carga tumoral, pero también influyen: el miedo al vómito, la saciedad precoz, disfunción autonómica, estreñimiento, dolor y fatiga, alteraciones en la boca, hipercalcemia, ansiedad, depresión y efectos secundarios del tratamiento.

- Medidas generales: fraccionar la dieta y realizar ingestas de poco volumen. El enfermo debe comer cuando quiera, como quiera, lo que quiera, y cuanto quiera.
- Medidas farmacológicas: incluyen el acetato de meggestrol (160 mg 2-3 veces/día), que tarda de 15 días a un mes en hacer efecto, y dexametasona (2-4 mg/día), con un inicio de acción más rápido y que, por tanto, se utiliza cuando el pronóstico de vida es corto.

### B. Estreñimiento

El estreñimiento es un síntoma frecuente en pacientes con cáncer avanzado, y que preocupa bastante al enfermo y a sus familiares. Sus causas son multifactoriales y están relacionadas tanto con la enfermedad como con los tratamientos y los cambios en los hábitos de vida, dieta y movilidad.

Las manifestaciones clínicas son: dolor y distensión abdominal, anorexia, náuseas y vómitos, retención urinaria, dia-

rrhea, etc. En enfermos muy deteriorados puede presentarse inquietud o estado confusional. Es necesaria una exploración abdominal completa, que incluirá tacto rectal si lleva más de tres días sin deposiciones, con el objetivo de descartar la impactación rectal.

Siempre que la deposición no sea diaria habrá que utilizar medidas farmacológicas. Se recomienda el uso de laxantes (Tabla 6) por vía oral (muy frecuentemente es necesario utilizar al menos dos de ellos e incluso en muchos casos son necesarios un fármaco de cada grupo). En caso de impactación fecal o cuando se requiera evacuación rápida, son útiles los enemas (fosfatados, jabonosos, con aceite).

En todo caso, la utilización ocasional de laxantes con alto contenido en fosfatos deberá realizarse con precaución en pacientes vulnerables a presentar cuadros graves de alteraciones hidroeléctricas.

**Tabla 6. Laxantes.**

P. activo	Dosis
Parafina líquida	2 cuch/8 h
Lactulosa Lactitol	2 cuch/8 h 2 sob/12 h
Senósidos Bisacodilo	5-10 gotas/8-12 h 1/12-24 h

### C. Candidiasis oral

Causada por la sequedad de boca, quimioterapia y radioterapia, o bien por la utilización de determinados fármacos (corticoides, antibióticos).

- Medidas generales: mantener una exquisita higiene oral, realizar enjuagues de limpieza (con manzanilla) o desbrindantes (con agua + bicarbonato + agua oxigenada).
- Medidas farmacológicas: fluconazol (50-200 mg/día VO).

### D. Diarrea

Las causas principales son un desajuste en el uso de laxantes, la impactación fecal con sobreflujo y la obstrucción intestinal incompleta, así como determinados fármacos (antiácidos, antibióticos).

El tratamiento de elección es loperamida VO. Si existe esteatorrea se utilizan las enzimas pancreáticas (3-5 cápsulas en cada comida) y para la diarrea biliar colestiramina (3-6 sobres/día).

### E. Náuseas y vómitos

Son frecuentes en el paciente terminal. Las causas son: administración de opioides, obstrucción intestinal, ansiedad, estreñimiento, hipercalcemia (si metástasis óseas) y la hipertensión endocraneal (si metástasis cerebrales).

- Medidas generales: adecuación de la dieta (blanda fraccionada, predominio de líquidos, infusiones, etc.).
- Medidas farmacológicas: administración profiláctica de antieméticos en los pacientes en tratamiento con opioides, y en aquéllos con antecedentes de náuseas y vómitos (Tabla 7). Si el paciente vomita más de una vez cada 8 horas, o si existe obstrucción intestinal se recomienda la vía subcutánea.

**Tabla 7. Antieméticos.**

P. activo	Dosis	Indicaciones
Metoclopramida	10 mg/6-8 h VO o SC	Vómito por retraso del vaciamiento gástrico
Haloperidol	1-2 mg/6-8 h VO o SC	Vómito de origen central
Clorpromazina	25-50 mg/8 h (inicio progresivo) D.máx 300 mg/24 h VO/IM	Vómito de origen central en paciente muy agitado
Ondansetrón	4-16 mg/12 h VO/SC	Vómitos por quimioterapia
Dexametasona	2-24 mg/24 h IM/SC	Si existe hipertensión intracraneal o edema peritumoral
Alprazolam	0,5-2 mg antes de QT VO	Vómitos anticipatorios de la QT
Lorazepam	1-2 mg antes de QT VO	

## SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

### A. Disnea

Es la sensación subjetiva de falta de aire. Se manifiesta en casi la mitad de los pacientes con cáncer en algún momento de su proceso evolutivo.

Las causas más frecuentes son:

- Debidas al carcinoma: obstrucción bronquial, invasión pulmonar, síndrome de obstrucción de la vena cava superior,

derrame pleural o pericárdico, linfangitis carcinomatosa, ascitis con distensión abdominal, caquexia.

- Secundarias al tratamiento: neumectomía, radioterapia, quimioterapia, anemia.
- Debidas a otras patologías: edema pulmonar, infecciones de repetición, EPOC o asma.
- Ansiedad.

Se aplicará tratamiento etiológico cuando ello sea posible.

- Medidas generales: tranquilizar al paciente, proporcionarle aire fresco, facilitar sus actividades diarias, fisioterapia respiratoria, técnicas de relajación, consejo y apoyo psicológico.
- Oxígeno en caso de hipoxemia, baja saturación de oxígeno, disnea de reposo o si hay mejoría subjetiva del paciente con el oxígeno, sin necesidad de gasometría.
- Tratamiento sintomático:

o MORFINA: es el fármaco de elección. Reduce la taquipnea. Para la disnea se utilizan dosis menores que para el dolor. Si el paciente no tomaba morfina previamente se puede administrar por vía oral los comprimidos de liberación inmediata o los de liberación retardada comenzando con dosis de 5-10 mg cada 12 horas, o por vía subcutánea en bolos o infusión continua. La dosis de rescate será un 10% de la total. Si ya se estaba administrando para el dolor será necesario incrementar la dosis de morfina un 30-50%.

En caso de crisis aguda de disnea o "pánico respiratorio" se utilizará morfina 5 mg subcutáneo y diazepam vía oral, o midazolam por vía subcutánea, aumentando la dosis según respuesta.

- o BENZODIACEPINAS: indicadas en disnea por crisis de pánico o angustia, o con un gran componente ansioso (lorazepam, alprazolam o diazepam). Por vía subcutánea la única benzodiazepina que se puede utilizar es el midazolam. En disnea refractaria puede estar indicada la sedación con midazolam.
- o CORTICOIDES: dexametasona (2-4 mg/6-8 h) o prednisona (10-40 mg/día) mejoran la sensación de disnea asociada a la obstrucción de la vía aérea, linfangitis carcinomatosa, síndrome de compresión de la vena cava superior y bronquitis crónica.
- o BRONCODILADORES: si hay obstrucción bronquial reversible.

### B. Tos

De etiología multifactorial, se presenta con frecuencia en situaciones avanzadas.

Las causas pueden ser:

- Debidas a la propia enfermedad: por irritación traqueal, bronquial, pleural, pericárdica o diafragmática.
- Secundarias al tratamiento: toxicidad por quimioterapia, fibrosis postradioterapia.
- Debidas a otros procesos: infecciones, EPOC, asma, reflujo gastroesofágico, aspiración, insuficiencia cardíaca, etc.
- Otras causas: exceso de mucosidad, tratamiento con algunos fármacos (IECA, fármacos anticolinérgicos que producen sequedad de boca y mucosas, etc.).

Además del tratamiento de la causa específica, se pueden iniciar:

- Medidas generales: técnicas posturales o de fisioterapia respiratoria, dejar de fumar, humidificación del ambiente, etc.
- Tratamiento sintomático:  
Tos seca: morfina retardada (10 mg/12 h), codeína (30 mg/4-6 h) o dextrometorfano (30 mg/6-8 h) vía oral.  
Tos productiva:

Si el paciente es incapaz de toser eficazmente se recomienda butilescopolamina (20 mg/6-8 h) oral o subcutánea, u opioides. También son útiles las nebulizaciones de suero fisiológico para fluidificar las secreciones.

Si el paciente es capaz de toser se aconseja aumentar la ingesta de líquidos.

### C. Estertores premortem

Son los ruidos percibidos con los movimientos respiratorios de pacientes terminales, descritos por la familia como una "olla hirviendo", y que son producidos por la oscilación de las secreciones acumuladas en hipofaringe. Se producen en las últimas 24-48 h de vida y causan gran angustia a los familiares porque piensan que el paciente se muere ahogado.

Tratamiento:

- Medidas generales: drenaje postural, ladear la cabeza y elevarla, decúbito lateral si es posible. No se deben aspirar las secreciones ya que molesta al enfermo y no beneficia.
- Sintomático: Butilescopolamina (20-40 mg/8 h) vía subcutánea.

## SÍNTOMAS NEUROPSICOLÓGICOS

### A. Insomnio

Es la incapacidad que tiene el paciente para dormir normalmente por la noche. Aparece con bastante frecuencia y no sólo afecta al paciente, también a su familia y cuidadores.

Causas:

- Fisiológicas: por exceso de luz o ruido, nicturia, dormir durante el día, etc.
- Psicológicas: por los síntomas que influyen en el estado anímico (ansiedad, depresión, miedo a la noche).
- Tratamiento incorrecto de otros síntomas (dolor, disnea, vómitos, diarrea, incontinencia, etc.).
- Medicación coadyuvante (diuréticos, corticoides, etc.).

Conocer la causa del insomnio va a determinar la actitud terapéutica a tomar. Las medidas generales son: si es posible aumentar la actividad durante el día, disminuir los ruidos nocturnos y crear un ambiente agradable. Son útiles también las técnicas de relajación y la psicoterapia de apoyo, escuchando al paciente, identificando sus miedos y resolviendo sus dudas.

Como tratamiento farmacológico se utilizan las benzodia-

zepinas, ya que reducen la ansiedad, favorecen el sueño y disminuyen la tensión muscular. Las más empleadas son:

- Diazepam 5-10 mg/8h vía oral como ansiolítico; en insomnio: 5-30 mg 30 minutos antes de acostarse.
- Lorazepam 1-5 mg/6-8h vía oral como ansiolítico; en insomnio: 1-2 mg antes de acostarse.
- Alprazolam 0,25-2 mg/8-12h vía oral como ansiolítico.
- Midazolam 2,5 mg/4h vía oral o subcutáneo como ansiolítico y en insomnio: 7,5 mg 15 minutos antes de acostarse.

### B. Estado confusional agudo o delirio

Es el trastorno cognitivo más frecuente en cuidados paliativos. Se caracteriza por alteración del estado de consciencia y atención, pérdida de memoria y desorientación temporo-espacial, de curso fluctuante e inicio brusco. Se produce en un corto periodo de tiempo (horas/días) y, generalmente, empeora por la noche.

Suele ser multifactorial por lo que, normalmente, es difícil realizar un diagnóstico etiológico. Las principales causas son: patología intracraneal (tumor, hemorragia), infecciones, alteraciones electrolíticas (hipercalcemia, hiponatremia), trastornos metabólicos (hipoxia, hipercapnia, hiper/hipoglucemia, acidosis, insuficiencia hepática o renal), fármacos (opioides, benzodiazepinas, corticoides), anemia, impactación fecal, retención urinaria, supresión brusca de la medicación, déficit nutricional.

Muchos pacientes reaccionan de manera agresiva, incluso con sus cuidadores y familiares más cercanos. También pueden aparecer alucinaciones con una gran agitación del paciente.

#### Tratamiento

Será etiológico si se identifica la causa. En caso contrario, se iniciará tratamiento sintomático con:

- Neurolépticos: haloperidol 2-5 mg/24 h vía oral o subcutánea. En crisis agudas se administra una dosis de 5-20 mg y si a los 20-30 minutos no es eficaz una segunda dosis o se añade midazolam 5-15 mg sc.
- En situación de últimos días puede estar indicada la sedación terminal, si no se ha conseguido controlar la agitación con haloperidol o con levomepromazina (12,5-25 mg/4-6 h vía sc), siendo necesario en algunos casos añadir midazolam.

## CONCLUSIONES:

1. Se debe contemplar al paciente terminal desde un punto de vista global, atendiendo no sólo a sus necesidades físicas, sino también emocionales, sociales, espirituales, etc.
2. Es importante la revisión constante de las estrategias terapéuticas, adaptándolas a las necesidades del paciente en cada momento.
3. El objetivo de los Cuidados Paliativos es el bienestar y la calidad de vida del paciente, fomentando su autonomía y respetando sus deseos (permanecer en su domicilio, rodeado de su gente, etc.). En definitiva, se le debe facilitar una vida digna hasta su muerte.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Lizán L; Benítez MA; Cabedo VR; Astudillo W. Protocolo de cuidados paliativos. FMC 1997.
2. Lamelo F. Control de Síntomas en cuidados paliativos. Guías Clínicas en Atención Primaria 2004; 4 (27). En URL: <http://www.fisterra.com/guias2/controldesintomasencuidadospaliativos.htm>.
3. Raja MI; Martín MR. Cuidados paliativos en Atención Primaria. Cuadernos de Formación Continuada, 2004; 4: 4-31.
4. Doyle D; Woodruff R. The IAHPIC Manual of Palliative Care. 2nd Edition. Published by IAHPIC Press, 2004. ISBN 0-9758525-1-5. En: <http://www.hospicecare.com/manual/IAHPICmanual.htm>.
5. Silva M; Aldámiz-Echevarría B; Lamelo F; Vidán L. Manejo del dolor oncológico. Guías Clínicas 2004; 4 (24). En URL: <http://www.fisterra.com/guias2/controldesintomasencuidadospaliativos.htm>.
6. Català E, Duque A, Gómez X, González M, Reig E, Sanz J. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico: visión integral. 2.ª Edición. Madrid. SANED, S.A., 1999.
7. Cerdà-Olmedo G, Monsalve V, Miguéz A, Valía JC, de Andrés JA. Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico: decisiones específicas en el paciente terminal (II). Rev Soc Esp Dolor, 2000; 7:306-312.
8. Ariz MJ, Meléndez A. Actualización en el manejo del dolor crónico. Uso racional de la escalera analgésica de la OMS. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. 2004; 12 (4): 27-38.
9. Guía de cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. En URL: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>.

---

### Comité de Redacción:

Arroyo Pineda V, Fernández-Corada Sánchez A, Horta Hernández A, Martínez Cruz S, Pérez Rodríguez I, Rosa Rubio A, González Alcázar A, Alejandro Lázaro G, Macía Martínez MA, Jiménez de Andrés E.

### Consejo Editorial:

Área de Farmacia del SESCAM; Comisiones del Uso Racional del Medicamento de las Gerencias de Atención Primaria de Albacete, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puertollano, Talavera de la Reina, Toledo y Comisiones de Farmacia y Terapéutica del Complejo Hospitalario de Albacete, Hospital Comarcal de Hellín, Complejo Hospitalario de Ciudad Real, Hospital La Mancha Centro, Hospital Virgen de Altagracia, Hospital Gutiérrez Ortega, Hospital Santa Bárbara, Hospital Virgen de la Luz, Hospital General Universitario de Guadalajara, Hospital Virgen de la Salud de Toledo, Hospital Nacional de Parapléjicos, Hospital Virgen del Valle y Hospital Ntra. Sra. del Prado.



Edita SESCAM - Área de Farmacia.

**Dirección de correo:** Eduardo Jiménez de Andrés. Secretaría Comité de Redacción. Área de Farmacia SESCAM. C/Huérfanos Cristinos 5. Toledo 45005. Teléfono: 925/27.43.90 Fax: 925/27.41.44 e-mail: [burm@sescam.jccm.es](mailto:burm@sescam.jccm.es)

**I.S.S.N.:** 1576-2408

**D.L.:** M-31461-2004

**NIPO:** 352-00-029-6