

**NOMBRE DE ESTUDIANTE:
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ**

**DOCENTE:
DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ**

→
**MATERIA:
GERIATRÍA**

**TEMA:
ATENCIÓN GERONTOGERIÁTRICA**

**CARRERA:
MEDICINA HUMANA**

SEMESTRE: SEXTO

FECHA: 19/MARZO / 2021

Control de síntomas en cuidados paliativos

El control de síntomas en el paciente neoplásico en fase avanzada es la base en la que se sustentan los demás principios en cuidados paliativos. A lo largo de la evolución de su enfermedad, los enfermos neoplásicos van a presentar múltiples síntomas de intensidad variable, cambiante y de origen multifactorial. Para poder realizar un abordaje que permita un control sintomático adecuado es necesario: 1. Previo a cualquier tratamiento, realizar una evaluación etiológica que nos permita determinar si un síntoma es atribuible a la enfermedad neoplásica, secundario a los tratamientos recibidos o bien sin relación con ellos. 2. Determinar la necesidad de tratar un síntoma en función de la fase evolutiva del paciente y de su situación clínica. Valorar la relación daño/beneficio (no siempre lo más adecuado es tratar los síntomas; por ejemplo, administrar antibióticos en un paciente moribundo con fiebre de probable origen infeccioso). 3. Iniciar el tratamiento lo antes posible y realizar un seguimiento de la respuesta al mismo. 4. Elegir tratamientos de posología fácil de cumplir, adecuar la vía de administración a la situación del paciente y mantener la vía oral siempre que sea posible. 5. Evitar la polimedicación y no mantener medicamentos innecesarios hasta el último momento. 6. Informar al paciente, y en su defecto, con su permiso a su familia o cuidador principal, de la situación clínica y las posibilidades reales de tratamiento de los distintos síntomas. 7. Cuidar en el domicilio a un paciente neoplásico en las últimas etapas de su vida genera una gran sobrecarga para la familia tanto desde el punto de vista físico como psicológico. No realizaremos un tratamiento paliativo correcto si no intentamos aliviar esta situación. Es necesario informar y resolver todas las dudas que puedan surgir, así como consensuar las decisiones a tomar con el paciente teniendo en cuenta también a la familia.

Anorexia: La anorexia se define como la pérdida de apetito. Es un síntoma muy frecuente en los pacientes con cáncer y suele generar un importante impacto emocional tanto en el paciente como en su entorno. Es necesario explicar la naturaleza del problema y las limitaciones de su tratamiento. Antes de iniciar el tratamiento debemos descartar causas reversibles: fármacos, depresión, estreñimiento, dolor, mucositis, náuseas y vómitos, saciedad precoz (puede ser de utilidad la metoclopramida). En el tratamiento de la anorexia-caquexia de los pacientes neoplásicos se han utilizado múltiples fármacos. Los más avalados en ensayos clínicos son los corticoesteroides y el acetato de megestrol: Corticoesteroides (prednisona, dexametasona). Producen aumento del apetito y de la sensación de bienestar que desaparece al cabo de 2-4 semanas, sin efecto sobre el peso corporal y con importantes efectos secundarios. Se utilizan a dosis bajas (4-8 mg de dexametasona o 10-15 mg de prednisona) y durante cortos períodos de tiempo, por lo que se recomiendan en pacientes con poca expectativa de vida. Los glucocorticoides mejoran el apetito en pacientes con cáncer, aunque no existe evidencia para indicar un tipo de glucocorticoide o régimen posológico determinado. Acetato de megestrol. Con múltiples estudios que avalan su utilización en pacientes con cáncer o sida, produce aumento del apetito y ganancia de peso. Se utiliza a dosis de 160-800 mg/día, siendo la dosis habitual de 480 mg/día. Una revisión Cochrane concluye que comparado con placebo mejora el apetito y se asocia a un pequeño incremento del peso. Otros fármacos utilizados en el tratamiento de la anorexia son la ciproheptadina, derivados del cannabis, mirtazapina y olanzapina.

Astenia: Es uno de los síntomas más frecuentes. Pueden existir múltiples factores que influyen en la astenia del paciente oncológico (relacionados con los tratamientos antitumorales, mal control de otros síntomas, anemia, infecciones, hipoxia, alteraciones metabólicas o endocrinas, fármacos, trastornos del ánimo, etc.) y que pueden precisar un tratamiento específico. Los fármacos habitualmente empleados son: Corticoesteroides: prednisona 20-40 mg/día o dexametasona 4-6 mg/día.

Psicoestimulantes: metilfenidato 5-10 mg por la mañana y 5 mg por la tarde. Pacientes con anorexia-caquexia: acetato de megestrol 480-800 mg/día. **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, antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas, etc.). -Infecciones bucales (candidiasis, herpes, etc). -Deshidratación. Tratamiento de la boca seca: Si es secundaria a la ingesta de fármacos debemos revisar la necesidad de tomarlos. **Medidas generales:** limpiar diariamente la boca y eliminar los detritus. Para ello se utilizan enjuagues con soluciones desbridantes. Si el paciente no es capaz de realizar enjuagues se aplican estas soluciones con un cepillo suave de dientes o con un bastoncillo de algodón. Aumentar la salivación: chupar pastillas de vitamina C, trozos de piña natural, caramelos sin azúcar, cubitos de hielo aromatizados con limón. **Tratamiento de la boca dolorosa:** En las afecciones dolorosas de la boca se pueden utilizar soluciones anestésicas varias veces al día: 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). En mucositis secundaria a radioterapia y/o quimioterapia podemos usar la solución de mucositis (fórmula magistral): difenhidramina al 0,25%, hidróxido de aluminio y solución de lidocaína clorhidrato 2% en carboximetilcelulosa 1%. Mezclar todo a partes iguales. Tratar las infecciones. En caso de micosis, usar enjuagues con nistatina: 4-6 horas tragando el líquido, o fluconazol: 50-100 mg/día 5-7 días o bien dosis única de 200 mg. Analgésicos por vía oral o parenteral. En pacientes con mucositis secundaria a quimioterapia puede ser necesario utilizar opioides. **Convulsiones:** Las convulsiones en el paciente oncológico suelen ser secundarias a afectación tumoral primaria o metastásica, en ocasiones pueden ser secundarias a alteraciones metabólicas (hiponatremia, hipoglucemia, alteraciones del calcio, etc.) En pacientes con afectación tumoral a nivel cerebral no existe evidencia del uso profiláctico de anticonvulsivantes. Si existe edema cerebral el tratamiento consiste en utilizar dexametasona a dosis de 4 mg/6 horas. Cuando un paciente presenta una crisis convulsiva se debe tratar inicialmente con diazepam 5-20 mg por vía i.v. o rectal. Otra posibilidad es utilizar midazolam 5-30 mg por vía subcutánea/nasal. De no ceder la crisis se puede repetir la dosis a los 15 minutos. Una vez finalizada la crisis convulsiva se inicia tratamiento de base con fármacos anticonvulsivantes. Levetiracetam inicio con 500 mg cada 12 horas por vía oral o subcutánea. Ácido valproico a la dosis de 15 mg/kg/día, repartidos en 3 dosis. En pacientes en sus últimos días de vida con imposibilidad de utilizar la vía oral podemos administrar lorazepam sublingual 0,5-1 mg/8 horas, fenobarbital 100-200 mg/día por vía subcutánea o intramuscular, midazolam 30-60 mg/24 horas o diazepam rectal 10-20 mg/dos veces al día. Compresión medular: Es una urgencia oncológica que debe diagnosticarse y tratarse lo antes posible. Clínicamente debemos sospecharla en todo paciente que refiera dolor vertebral, debilidad o parálisis en extremidades, trastornos sensitivos o alteraciones de esfínteres (principalmente retención de orina). El método diagnóstico de elección es la resonancia magnética nuclear. Ante la sospecha diagnóstica está indicado el inicio de tratamiento con dexametasona intravenosa a dosis de 16 mg en bolo y continuar con dosis de 16 mg al día. Se han probado dosis más altas de corticoides, hasta 100 mg, sin que se haya demostrado un claro beneficio y sí un importante aumento de los efectos secundarios. Dependiendo de la situación clínica y pronóstico del paciente, lo remitiremos a un centro hospitalario para confirmar el diagnóstico y continuar el tratamiento (radioterapia lo más precoz posible y/o cirugía). En pacientes con expectativa de vida menor a seis meses estaría indicado utilizar solo radioterapia paliativa. En pacientes con una expectativa de vida de pocas semanas se debe realizar únicamente tratamiento farmacológico sintomático paliativo. Diaforesis

(sudoración profusa): La hiperhidrosis o diaforesis se define como el exceso de sudoración que presentan determinadas personas. Puede producirse a causa del tumor o de sus tratamientos y manifestarse por la noche o durante todo el día. En pacientes con cáncer de mama o de próstata pueden presentarse sofocos en relación con la deprivación hormonal, que pueden ir acompañados de hiperhidrosis. Aunque con estudios poco consistentes, se emplean los siguientes fármacos en el tratamiento paliativo de la hiperhidrosis: Fármacos antiinflamatorios o dexametasona a dosis de 1-2 mg al día. Fármacos con efecto anticolinérgico: amitriptilina 10-50 mg al día, oxibutinina 2,5 mg tres veces al día. Cimetidina 400-800 mg/día. Otros fármacos empleados con resultados dispares son: B-bloqueantes, paroxetina, olanzapina. 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. También puede producirse de forma secundaria al uso de otros fármacos (antibióticos). Es importante descartar la diarrea secundaria a impactación fecal (necesario realizar tacto rectal).

Tratamiento:

- Loperamida 4 mg/3-4 veces al día, codeína 30-60 mg/6-8 horas (presenta efectos colaterales a nivel central).
- Diarreas intratables pueden beneficiarse del uso de octreotida a dosis de 100-150 mcg tres veces al día por vía subcutánea.

Disfagia

Es un síntoma frecuente en: neoplasias orofaríngeas o esofágicas, enfermedades cerebrales, infecciones (herpesvirus, candidiasis), mucositis secundaria a radioterapia o quimioterapia y masas extrínsecas con compresión esofágica. El tratamiento es paliativo y debe ajustarse a las expectativas de vida del paciente:

- Nutrición enteral o parenteral, radioterapia paliativa, prótesis esofágica.
- Dexametasona oral o parenteral 8 mg/24 horas para intentar disminuir el edema peritumoral.
- Si existe sialorrea (salivación excesiva) usar fármacos con efecto anticolinérgico (amitriptilina, hioscina, atropina bucal).

Disnea

Está presente en el 40-55% de los pacientes con cáncer en algún momento de su proceso evolutivo. Es necesario descartar causas reversibles de disnea (infección, neumotórax, embolismo pulmonar, insuficiencia cardíaca, etc.). La disnea secundaria a la radioterapia (neumonitis post-radioterapia) suele observarse a los 2-3 meses asociada a tos seca. En el tratamiento paliativo de la disnea secundaria al proceso tumoral utilizaremos:

- Medidas generales: humidificar el ambiente, oxígeno domiciliario (no hay evidencia de su utilidad en pacientes sin hipoxemia), elevar la cabecera de la cama.
- Ansiolíticos (disminuyen la ansiedad y la taquipnea). No existe evidencia de su utilidad en pacientes sin ansiedad:
 - Oral: diazepam 5-10 mg/8-12 horas.
 - Sublingual: lorazepam 0,5-2 mg.
 - Subcutánea: midazolam 2,5-5 mg/4 horas en bolos; 0,5-0,8 mg/hora en infusión.
 - Intramuscular: clorpromazina 25-100 mg/24 horas.

- Morfina (disminuye la percepción de disnea del paciente). Existe poca evidencia científica de la utilidad de los opioides para paliar la disnea:
 - Uso inicial 2,5-5 mg/4 horas de morfina de liberación rápida; 10-30 mg/12 horas de morfina de liberación retardada.
 - Uso previo de opioides. Aumentar la dosis diaria total en un 50%. En diferentes estudios se han utilizado opioides nebulizados no habiendo demostrado ser mejores que utilizados por vía oral o parenteral.
- Corticoides indicados en linfangitis carcinomatosa, neumonitis post-radioterapia, síndrome de vena cava superior u obstrucción de vías respiratorias. Los diferentes estudios utilizan dosis no concluyentes de dexametasona 10-40 mg/24 horas oral o parenteral. Existe poca evidencia científica de su utilidad en el tratamiento paliativo de la disnea.
- Valorar ensayo terapéutico con broncodilatadores nebulizados.
- En crisis aguda de disnea administrar morfina y/o benzodiacepinas. En los últimos días de vida del paciente con disnea debemos utilizar la medicación por vía subcutánea. Si el paciente estaba utilizando morfina por vía oral debemos convertirla a la dosis correspondiente de morfina subcutánea (es la tercera parte de la dosis oral total y utilizada cada 4 o 6 horas. Por ejemplo, si el paciente necesitaba 60 mg/día de morfina por vía oral le pautaremos 20 mg/día de morfina subcutánea repartida en 4 o 6 dosis). De precisar benzodiacepinas utilizaremos midazolam a dosis de 2,5-5 mg/4 horas.

Espasmo vesical

Se define así al dolor suprapúbico intermitente que se produce por espasmo del músculo detrusor de la vejiga. Puede deberse a: infiltración tumoral, sondaje vesical, infección urinaria y estreñimiento. Tratar según la etiología: antibióticos en las infecciones urinarias, laxantes en el estreñimiento, cambio de la sonda urinaria o disminución del inflado del balón. Pueden utilizarse los siguientes fármacos, según recomendaciones de expertos, pero con poca evidencia científica:

- Amitriptilina 25-50 mg/día.
- Hioscina 10-20 mg/8 horas oral o subcutánea.
- Oxibutinina 2,5-5 mg/6 horas. Tolterodina 1-2 mg/12 horas.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Instilar en la vejiga 20 ml de lidocaína al 2% diluida en suero salino. Se puede repetir según necesidad.

Espasmos/calambres musculares

Es un síntoma poco frecuente, pero que produce gran disconfort en los pacientes que lo sufren. Su etiología es diversa: lesiones del sistema nervioso, dolor óseo, alteraciones metabólicas, insuficiencia respiratoria, fármacos (diuréticos, fenotiazinas, morfina, salbutamol, etc.). Se utilizan, aunque con poca evidencia científica, los siguientes fármacos:

- Clonazepam 0,5-2 mg/6-8 horas.
- Diazepam 5-10 mg/8 horas.
- Baclofeno 5-30 mg/3 veces al día.
- Carbamazepina 200 mg/12 horas.
- Gabapentina 600 mg/día.
- Quinina 300 mg/noche.

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). Deben administrarse laxantes de forma profiláctica a los pacientes a los que se les administre opioides. En estreñimientos de varios días de evolución se debe realizar un tacto rectal para valorar el estado de la ampolla rectal (lleno de heces blandas o duras, ausencia de heces). Se trata con fármacos laxantes, que pueden ser de varios tipos:

- Reguladores (aumentan el volumen de la masa fecal). Son poco útiles en el enfermo oncológico avanzado. Por ejemplo: metilcelulosa, salvado, psilio.
- Detergentes (permiten el paso de agua a la masa fecal). Por ejemplo: parafina. Latencia de 6-12 horas.
- Osmóticos (retienen agua en la luz intestinal). Período de latencia de uno a dos días. Por ejemplo: lactulosa, lactitol y polietilenglicol.
- Estimulantes (aumentan el peristaltismo intestinal). Período de latencia de 6-12 horas. Están contraindicados si se sospecha obstrucción intestinal. Por ejemplo: senósidos.
- Bisacodilo. En estreñimientos pertinaces es necesario combinar laxantes de mecanismo de acción diferente (por ejemplo: parafina más senósidos más osmóticos). En una revisión Cochrane no se encontró evidencia suficiente para recomendar un determinado tipo de laxante.
- Antagonistas opiáceos mu (bromuro de metilnaltrexona, naldemedina) se utilizan en el tratamiento del estreñimiento producido por opioides.

Cuando persiste el estreñimiento a pesar de la utilización de laxantes se pueden añadir agentes procinéticos como la metoclopramida o la domperidona.

En caso de impactación fecal debemos valorar el estado de la ampolla rectal:

- Llena de heces blandas: usar fármacos estimulantes por vía oral y/o rectal.
- Llena de heces duras: administrar durante dos días por vía rectal 100 cc de aceite y posteriormente un enema fosfatado. De no conseguir evacuación será necesario realizar una desimpactación manual.
- Ampolla rectal vacía: usar fármacos estimulantes por vía oral y dosis altas de laxantes osmóticos.
- Se puede intentar la desimpactación farmacológica con macrogol: administrar 8 sobres disueltos en un litro de agua y tomarlos en un período de 6 horas.

fiebre tumoral

Predomina en los tumores que afectan al hígado y en neoplasias hematológicas. Previamente a etiquetar una fiebre como tumoral debemos descartar, por la clínica y por las pruebas complementarias necesarias y siempre dependiendo de la situación clínica y pronóstica del paciente, la existencia de otras posibles causas de fiebre. El tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos (naproxeno 250-500 mg/12 horas) que suprimen la fiebre tumoral pero no la secundaria a infecciones. Una adecuada respuesta de la fiebre al tratamiento con naproxeno en 36 horas puede ser diagnóstica de fiebre tumoral (test del naproxeno). En pacientes en fase agónica puede presentarse fiebre que habitualmente sólo requerirá la utilización de medidas generales, salvo que genere

inquietud o agitación, en cuyo caso valoraremos la utilización de antitérmicos (la disminución de temperatura puede generar gran sudoración).

Hematuria

Se produce hematuria con frecuencia en pacientes con neoplasias de vías urinarias, aunque también puede ser secundaria a una infección urinaria o al tratamiento oncológico (cistitis secundaria a la radioterapia o la quimioterapia). En su tratamiento es necesario descartar la existencia de una infección urinaria mediante cultivo de orina. Otras posibilidades terapéuticas son:

- Lavado vesical mediante sonda de tres vías con suero salino fisiológico frío.
- Utilización de fibrinolíticos como el ácido tranexámico 500 mg/8 horas o aminocaproico 4 g/6-8 horas por vía oral.
- Otras posibilidades a valorar, pero con poca evidencia científica, son la instilación de aluminio, formol, prostaglandinas en la vejiga, oxígeno hiperbárico o la embolización arterial.
- Radioterapia hemostática paliativa en lesiones tumorales vesicales.

Hemoptisis

La hemoptisis se define como la expectoración de sangre procedente del tracto respiratorio bajo (pulmón o bronquios). Es necesario diferenciarla del sangrado faríngeo y de la hematemesis (sangrado de origen gastrointestinal). La hemoptisis en un paciente con cáncer puede ser desencadenada por múltiples causas. Habitualmente se produce por la presencia de una causa a nivel del árbol respiratorio o por alteraciones de la coagulación. Se califica como masiva cuando el sangrado es mayor de 100-200 ml en 24 horas. En un paciente oncológico con mal pronóstico, sin posibilidad de tratamiento oncológico activo, se debe valorar la necesidad de realizar únicamente pruebas complementarias que permitan excluir causas tratables, como por ejemplo, trastornos de la coagulación, infección respiratoria, etc. Tratamiento paliativo: Las medidas farmacológicas y generales que se suelen indicar en el tratamiento de la hemoptisis se basan en recomendaciones de expertos. No existen en la actualidad estudios de calidad que las hayan evaluado (Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados Paliativos):

- Medidas generales: reposo en decúbito lateral del lado sangrante y uso de toallas de color oscuro.
- Antitusivos (codeína, dextrometorfano). Son de utilidad cuando la tos aumenta la expectoración hemoptoica.
- Ácido tranexámico y ácido aminocaproico. Son agentes antifibrinolíticos utilizados habitualmente por vía oral en el tratamiento paliativo de pacientes con hemorragias, a pesar de que no existen estudios de calidad que demuestren su efectividad.

La sedación paliativa debe ser planteada en pacientes oncológicos en situación terminal o agónica y que sufren un episodio de hemoptisis masiva. El medicamento recomendado inicialmente es el midazolam a dosis de 2,5-5 mg por vía intravenosa o subcutánea. Dicha dosis se deberá repetir hasta alcanzar una sedación adecuada.

Hipercalcemia

Es un trastorno metabólico frecuente en pacientes neoplásicos (20-30%), sobre todo los que tienen afectación ósea (pulmón, próstata, mama, mieloma múltiple). Su presencia se

asocia a un mal pronóstico de vida. Clínicamente se puede manifestar por: deshidratación, anorexia, prurito, náuseas, vómitos, estreñimiento, alteraciones mentales y alteraciones cardiovasculares. Se ha de valorar la necesidad de tratarla o no en función de la situación clínica y pronóstico del paciente. El tratamiento de la hipercalcemia puede no ser adecuado en una persona con gran deterioro clínico y un pronóstico de vida de días o semanas. Los pacientes asintomáticos o con calcio menor de 12 mg/dl no requieren tratamiento inmediato, pero sí corrección de factores agravantes (fármacos, depleción de volumen, inactividad, etc.).

En el tratamiento de la hipercalcemia aguda moderada (12-14 mg/dl) o severa (>14 mg/dl) existen las siguientes posibilidades:

- Rehidratación con suero salino fisiológico.
- Calcitonina 4 UI/kg cada 12 horas por vía intramuscular o subcutánea. Presenta un efecto rápido pero transitorio.
- Bisfosfonatos:
 - Pamidronato 60-90 mg i.v.
 - Ácido zoledrónico. Dosis de 4 mg vía parenteral/cada 4 semanas.
- Corticoides en hipercalcemias por linfomas o mielomas, 40-100 mg/día de prednisona por vía oral o i.v.

Hipertension endocraneal

Suele producirse en tumores primarios intracraneales o por metástasis cerebrales de otros tumores. Clínicamente se caracteriza por cefalea, vómitos, alteraciones visuales, trastornos de la marcha, disartria. En su tratamiento debemos valorar la posibilidad de radioterapia paliativa. El edema cerebral puede tratarse con dexametasona por vía oral o parenteral a dosis de 2-8 mg/4-6 horas. En pacientes con poca esperanza de vida puede iniciarse tratamiento empírico sin confirmar el diagnóstico con pruebas radiológicas.

Hipo

Es un reflejo respiratorio debido a la contracción involuntaria, súbita y espasmódica de los músculos inspiratorios, lo que causa una inspiración que es abruptamente interrumpida por el cierre brusco de la glotis. El hipo se clasifica según la duración en: agudo (hasta 48 horas), persistente (duración mayor de 48 horas) e intratable (más de un mes). El hipo puede originarse por múltiples causas que habitualmente se localizan en el tracto gastrointestinal (la más frecuente es el reflujo gastroesofágico), tórax y sistema nervioso central. También puede ser secundario al uso de fármacos (dexametasona, diazepam, midazolam, tramadol, etc.). Si se desconoce la etiología, los fármacos empleados son numerosos, pero con poca evidencia científica. Una revisión sistemática indica que no se pueden hacer recomendaciones específicas y que el tratamiento se debe realizar de forma individualizada a cada paciente.

- Baclofeno: precaución en pacientes debilitados o con insuficiencia renal. Dosis: 5-10 mg/6-8 horas por vía oral.
- Gabapentina: puede ser una medicación de primera línea en cuidados paliativos porque no tiene metabolismo hepático y las interacciones farmacológicas no son significativas. Dosis: 300-400 mg/8 horas por vía oral.

- Clorpromazina: dosis inicial: 25 mg/8 horas por vía oral o intramuscular. Incremento de dosis: si el hipo persiste a los tres días pautar 25 mg/6 horas. Dosis máxima: 50 mg/6 horas.
- Metoclopramida: 10 mg/3-4 veces al día.
- Otros medicamentos utilizados son: dexametasona, nifedipino, haloperidol, midazolam, ácido valproico.

Insomnio

Es un síntoma muy frecuente en pacientes con cáncer. Sus causas son múltiples. Las principales son:

- Control deficiente de otros síntomas como dolor, vómitos, ansiedad, nicturia, etc.
- Fármacos estimulantes (esteroides, antidepresivos, cafeína, etc.).
- Trastornos psiquiátricos, incluido el miedo a “dormirse definitivamente”.
En su tratamiento utilizaremos:
 - En insomnio de conciliación: hipnóticos (zolpidem, zopiclona, zaleplon).
 - En insomnio de mantenimiento: benzodicepinas (lorazepam, lormetazepam, flurazepam, flunitrazepam).
 - En pacientes con trastornos del ánimo e insomnio son de utilidad los antidepresivos con perfil sedativo: amitriptilina 10-25 mg/noche, trazodona 50-150 mg/noche, mirtazapina 15-30 mg/noche.
 - En insomnio asociado a delirium son de utilidad los neurolepticos: haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina.

En pacientes paliativos en fases avanzadas y con insomnio resistente a tratamiento por vía oral puede ser de utilidad la administración subcutánea de midazolam a dosis de 2,5-5 mg, con posibilidad, si es preciso, de repetir dosis cada 2-4 horas.

Nauseas y vomitos

Están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado. Pueden deberse a múltiples etiologías, siendo con frecuencia de origen multifactorial. Las principales causas a evaluar y descartar son: las secundarias al propio tratamiento oncológico, alteraciones iónicas, efecto secundario de fármacos, estreñimiento, obstrucción intestinal, gastroparesia, alteraciones cerebrales. Es necesario tratar las causas reversibles. En pacientes al final de la vida puede ser razonable realizar únicamente tratamiento empírico de los síntomas.

Es de elección la vía subcutánea si existen: vómitos repetidos, obstrucción intestinal o malabsorción gastrointestinal. Tratamiento farmacológico:

- Vómitos inducidos por opioides:
 - Haloperidol 1,5-10 mg/12-24 horas, por vía oral o subcutánea. Existe poca evidencia científica en su uso (Murray-Brown F, 2015).
 - Metoclopramida 5-20 mg/6-8 horas, por vía oral o subcutánea.
 - Fenotiacinas a dosis bajas: levomepromazina 6,25 mg/1 o 2 veces día. Otros: risperidona (1 mg al día) u olanzapina.
- Vómitos por quimioterapia:
 - Ondansetrón 8-16 mg/24 horas.
 - Dexametasona 4-20 mg/24 horas, por vía oral, subcutánea o intramuscular.
 - Lorazepam 0,5-1 mg en vómitos anticipatorios a la quimioterapia.

- En ocasiones en pacientes con vómitos posquimioterapia es necesario combinar los tres fármacos.
- Una revisión sistemática encontró evidencia moderada de que el tratamiento con olanzapina oral disminuye la incidencia de náuseas y vómitos en pacientes con cáncer y tratamiento quimioterápico.
- Estasis gástrico: metoclopramida y/o prokinéticos.
- Vómitos por hipertensión intracraneal: dexametasona (8-16 mg/día) y/o radioterapia paliativa.
- En caso de obstrucción intestinal usar:
 - Antieméticos: haloperidol por vía subcutánea, 2,5-5 mg/8-12 horas (si la obstrucción intestinal es completa no usar metoclopramida).
 - Tratamiento del dolor:
 - Dolor cólico con hioscina 10-20 mg/6 horas.
 - Dolor continuo, utilizar opioides, morfina subcutánea.
 - Dexametasona: 40-80 mg/24 horas. Parenteral.
 - Octreotida 0,1-0,2 mg/8-12 horas por vía subcutánea para reducir las secreciones intestinales.
- Vómitos por hipercalcemia: valorar la necesidad de tratarla según el estado clínico y evolutivo del paciente.
- En pacientes en cuidados paliativos con náuseas y vómitos de causa desconocida el tratamiento empírico indicado puede ser la utilización de metoclopramida o haloperidol.

Prurito

Puede deberse a: sequedad de la piel, infecciones, alteraciones tiroideas, renales o hepáticas, secundario a tratamientos de radioterapia y quimioterapia, fármacos (opioides, fenotiacinas, antibióticos, etc.), obstrucción de la vía biliar, tumores hematológicos, de estómago o pulmón, o síndrome carcinoide. El tratamiento del prurito debe ser etiológico siempre que sea posible. En el tratamiento se emplean las siguientes medidas y fármacos, pero con un nivel bajo de evidencia científica:

- Medidas generales: hidratación de la piel con cremas emolientes 2 o 3 veces al día, utilizar jabones suaves, no usar agua muy caliente en el baño, disminución de la ansiedad y cambio frecuente de ropas.
- Antihistamínicos útiles únicamente en prurito mediado por histamina, no de origen neuropático.
- Prurito localizado en áreas pequeñas: gel de lidocaína 2%, crotamitón, loción de calamina o esteroides tópicos.
- Prurito generalizado: hidroxizina 25 mg/8 horas vía oral o clorpromazina 25-50 mg/12 horas por vía oral.
- Prurito por colestasis:
 - Resincolestiramina 4 g/8 horas (mala tolerancia gastrointestinal, no es eficaz si la obstrucción biliar es completa).
 - Inductores enzimáticos: rifampicina 150-600 mg/día por vía oral, fenobarbital 30-80 mg/8 horas por vía oral (efecto sedante).
 - Naltrexona 50 mg/día vía oral. En pacientes con tratamiento opioide su uso puede desencadenar síndrome de abstinencia.
 - Paroxetina 20 mg/día. Antidepresivos tricíclicos como amitriptilina o doxepina.

- Prurito por insuficiencia renal: pueden ser de utilidad los antagonistas opiáceos, la capsaicina, la gabapentina y la talidomida. Se ha utilizado la sertralina a dosis inicial de 25 mg.
- Prurito asociado a VIH: puede ser de utilidad la indometacina.

Síndrome de aplastamiento gástrico

Se define como la compresión gástrica por una gran masa en crecimiento (casi siempre hepatomegalias). El paciente puede referir saciedad precoz, náuseas y/o vómitos normalmente de pequeña cantidad, dolor abdominal y dispepsia.

Tratamiento:

- Realizar comidas de poca cantidad y con más frecuencia.
- Metoclopramida 10-20 mg/6-8 horas.
- Antiácidos.
- Analgésicos opioides.
- Dexametasona por vía parenteral en un intento de disminuir la compresión gástrica.

Sialorrea

Se define como la producción excesiva de saliva (enfermedades neuromusculares, fármacos, tumores cerebrales) aunque también podemos encuadrar en el mismo tratamiento a pacientes con disfagia total. Para su tratamiento se utilizan fármacos con acción anticolinérgica:

- Hioscina 10-20 mg/6-8 horas.
- Amitriptilina 25 mg/noche.
- Colirio de atropina 1%, 2 gotas por vía oral 4 veces al día.
- En pacientes con expectativa de vida de meses (por ejemplo, en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica) valorar radioterapia local/toxina botulínica.

Síndrome confusional agudo (delirio y agitación)

El delirio es el trastorno cognitivo más frecuente en cuidados paliativos. Se produce hasta en un 80% de los pacientes con cáncer avanzado y es un factor de mal pronóstico a corto plazo. Se caracteriza por ser una alteración del estado de conciencia con pérdida de memoria y desorientación temporo-espacial que se produce en un corto período de tiempo (horas/días) y que suele ser fluctuante a lo largo del día. Puede ser de tres tipos: hipoactivo (predomina la letargia), hiperactivo (predomina la agitación) y mixto (alternan los períodos de letargia y agitación). Suele ser multifactorial y en la mayoría de los casos no es posible realizar un diagnóstico etiológico. Las principales causas son: infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, trastornos metabólicos, fármacos (opioides, benzodiazepinas, esteroides, antibióticos, etc.), insuficiencia hepática o renal, anemia, impactación fecal, retención urinaria, supresión brusca de medicación, deshidratación, etc. La presencia de delirio en pacientes con cáncer en estadio avanzado se considera un factor de mal pronóstico a corto plazo. El tratamiento debe ser etiológico si se identifica la causa.

Tratamiento sintomático:

- Neurolépticos. El haloperidol, aunque con poca evidencia científica, se considera el fármaco de elección 2,5-5 mg/8-12 horas, por vía oral o subcutánea. En crisis aguda

se administra una dosis de 5-20 mg, y si a los 20-30 minutos no es eficaz, se administra una segunda dosis o se añade midazolam 5-15 mg por vía subcutánea o intravenosa.

- En caso de confusión y agitación en un paciente moribundo puede iniciarse la sedación con levomepromazina 12,5-25 mg/4-6 horas por vía subcutánea o con midazolam, inicialmente un bolo subcutáneo de 5-15 mg, y posteriormente bolos de 5 mg/2-4 horas o en infusión continua 30-100 mg/24 horas.
- Otros neurolépticos utilizados en el tratamiento del delirio son: quetiapina a dosis inicial de 25-50 mg/día, risperidona 0,25-3 mg/12-24 horas, olanzapina 2,5-10 mg/12 horas.

tos

Tiene una etiología multifactorial. Suele exacerbar otros síntomas (dolor, vómitos, insomnio). Debemos descartar:

- Efecto secundario de fármacos (IECA).
- Insuficiencia cardíaca (de predominio nocturna y en decúbito).
- Infección respiratoria.
- Reflujo gastroesofágico.

Control de la tos en cuidados paliativos

Úlceras neoplásicas

Se producen por afectación tumoral primaria o por invasión metastásica. El objetivo del tratamiento paliativo de las úlceras debe ser controlar el dolor, el olor y el sangrado. Se valorará la posibilidad de utilizar radioterapia o quimioterapia paliativa para disminuir el tamaño tumoral, así como para controlar el dolor y/o el sangrado. La limpieza de las úlceras neoplásicas se realizará de forma cuidadosa, retirando suavemente los apósitos (con frecuencia es necesario humedecerlos previamente) y a continuación irrigando con suero salino fisiológico a temperatura ambiente (evitar la fricción mecánica de la herida).

- Control del exudado:
 - Limpieza de la herida con la frecuencia necesaria.
 - Se pueden utilizar parches absorbentes de alginato o hidrofibra.
- Control del olor:
 - Metronidazol tópico y/u oral.
 - Parches de carbón activado y plata.
- Control del sangrado:
 - Gasas impregnadas de ácido tranexámico o ácido aminocaproico o sucralfato.
 - Apósitos de alginato cálcico.
 - Si presenta algún punto sangrante se puede cauterizar con nitrato de plata.
- Control del dolor:
 - Utilizar fármacos analgésicos según la escalera analgésica de la OMS.
 - Si las curas son muy dolorosas se deben administrar previamente fármacos analgésicos, y en ocasiones es necesario sedar al paciente (midazolam y/o morfina por vía subcutánea) previamente a la realización de la misma.

Bibliografia

- Alsirafy SA, El Mesidy SM, Abou-Elela EN, Elfaramawy YI. Naproxen test for neoplastic fever may reduce suffering. *J Palliat Med.* 2011;14(5):665-7. PubMed PMID: 21291328
- Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R. Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(3):CD011008. PubMed PMID: 27030166. Texto completo
- Bruera E, Dev R. Overview of managing common non-pain symptoms in palliative care. En: Smith TJ, Givens J, editors. *UpToDate*; 2017 [consultado 23-4-2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-managing-common-non-pain-symptoms-in-palliative-care>
- Candy B, Jones L, Larkin PJ, Vickerstaff V, Tookman A, Stone P. Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(5):CD003448. PubMed PMID: 25967924. Texto completo