

Abordaje de las complicaciones respiratorias, digestivas y metabólicas en el paciente con enfermedad en fase terminal

M.A. Benítez del Rosario^a, R. Fernández Díaz^b, M.C. Pérez Suárez^c y A. Cabrejas Sánchez^d

Disnea¹⁻⁷

Se define como la dificultad que siente el paciente para respirar, o como la sensación desagradable de falta de aire. Empeora de forma intensa la calidad de vida de los afectados y puede generar trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, de angustia o crisis de pánico respiratorio. La disnea está presente en más del 90% de los pacientes afectados por cáncer de pulmón, y en más del 50% de los afectados por otras neoplasias. Su origen es multifactorial: invasión tumoral pulmonar, con/sin derrame pleural y debilidad de la musculatura respiratoria. En otras ocasiones es producto de una anemia intensa, o de la descompensación de enfermedades pulmonares o cardíacas previas.

La conducta diagnóstica debería estar dirigida al reconocimiento de la disnea, el descartar las causas modificables, la graduación de su gravedad funcional (esfuerzos-reposo) y gasométrica (aproximación mediante determinación de la saturación de oxígeno con pulsioxímetro). La aparición de disnea de reposo, con saturaciones muy bajas de oxígeno, puede significar un mal pronóstico a corto plazo (días o semanas).

El tratamiento comprende la combinación de dos actuaciones: *a)* corrección de la causa desencadenante, y *b)* el tratamiento con morfina. La morfina actúa sobre el centro respiratorio bulbar disminuyendo su respuesta a la hipercapnia e hipoxia. Genera así un cambio del patrón respiratorio a respiraciones lentas y profundas sin alteración importante del intercambio gaseoso. El paciente sigue hipoxémico-hipercápnico, pero no percibe dificultad para respirar.

Otros fármacos que pueden ayudar al alivio de la disnea son los corticoides si hay obstrucción de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa, y los antibióticos si coexiste una

Puntos clave

- Gran parte de las complicaciones respiratorias, digestivas y metabólicas de los pacientes con enfermedades en fase terminal puede ser tratada en el domicilio.
- La disnea es una complicación frecuente en los pacientes con enfermedad en fase terminal, exista o no diseminación pulmonar del cáncer. Su tratamiento se basa en el uso de la morfina y corrección de los factores desencadenantes.
- El tratamiento de los vómitos requiere un estudio etiológico amplio, instaurándose los fármacos correctores según la etiología. El estreñimiento siempre está presente cuando se usa opiáceos, por lo que su aparición debe ser evitada utilizando laxantes.
- La obstrucción intestinal es una complicación de muy mal pronóstico a corto plazo. Si los vómitos son incontrolables, el paciente debería ser derivado. La sonda nasogástrica no es, generalmente, una opción terapéutica adecuada.

infección bacteriana. Es discutible el efecto beneficioso de la oxigenoterapia. Ésta puede ejercer un efecto positivo (en el alivio de la disnea) a algunos pacientes en situaciones de hipoxemia importante. No obstante, su utilización no es imprescindible en el tratamiento y debería cuestionarse la recomendación de su uso en domicilio cuando ello implique dificultades técnicas o administrativas. Con relativa frecuencia la disnea su gravedad se asocia a trastornos de ansiedad que incrementan la sensación de disnea. Si ello fuera así, estaría indicada la asociación de benzodiazepinas al tratamiento. Las intervenciones centradas en la resolución de los miedos, el control de los estresores ambientales o la proporción de aire fresco (a través de un ventilador) ayudan a sentirse mejor al enfermo. En la tabla 1 se reseñan los criterios para la derivación de pacientes a unidades especializadas.

^aMédico de Familia. Jefe de la Sección de Cuidados Paliativos del Centro Hospitalario La Candelaria. Tenerife.

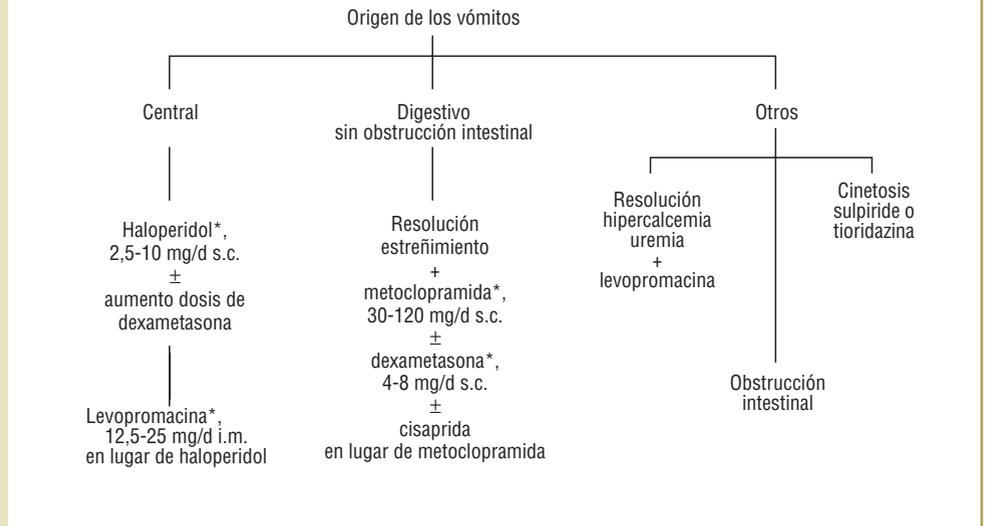
^bMédico de Familia. CS de Otero. Asturias.

^cMédico de Familia. CS Sama de Langreo. Asturias.

^dMédico de Familia. CS Leganitos. Marbella.

FIGURA 1

Esquema terapéutico para los vómitos. *Se usarán v.o. cuando el paciente presente tolerancia a ellas.



Uso de la morfina en el tratamiento de la disnea

Las directrices son similares a las recomendadas para el tratamiento del dolor. Ante episodios agudos pueden administrarse 2,5-5 mg de cloruro mórfico subcutáneo (efecto en 20-40 min) o 5 mg vía oral de morfina de liberación rápida en pacientes sin tratamiento opiáceo previo. Si existiese tratamiento previo con opioides, la dosis a administrar equivale a la dosis de rescate utilizada en el dolor. Cuando el paciente presenta una disnea de reposo intensa o una crisis de pánico respiratorio, debería optarse por la administración subcutánea de la morfina. En el último caso, se debería asociar alprazolam sublingual (0,5 mg), diazepam (5-10 mg i.m.) o midazolam (2,5-7,5 mg s.c. según las necesidades de sedación del paciente).

Tos^{1-4,6,7}

La tos persistente puede producir o agravar el dolor, la disnea, el insomnio, la anorexia, las náuseas y los vómitos, y puede provocar fracturas costales, hemoptisis, neumotórax y enfisema.

Su tratamiento descansa en: *a*) corticoides inhalados a dosis altas con/sin corticoides orales, y *b*) antitusígenos específicos como el dextrometorfano (15-30 mg/6-8 h), la codeína (30-60 mg/4-8 h), la dihidrocodeína (60 mg/12 h v.o.) o la morfina a dosis bajas en casos rebeldes. Si no se consigue el control de la tos, debería derivarse el paciente a unidades especializadas en las que puede ensayarse lidocaína nebulizada.

Hemoptisis^{1-4,6,7}

Generalmente suele ser una hemoptisis leve o moderada que no repercute en el estado general del paciente, aunque supone una situación de alarma para el enfermo y su familia. No está demostrado que la presencia de episodios de hemoptisis leve-moderada incremente el riesgo de una hemoptisis masiva.

El tratamiento dependerá de la causa y de la intensidad de la hemorragia. En hemoptisis leve-moderada deberá ofrecerse un apoyo continuado al paciente y sus familiares para contener sus ansiedades y angustia. La explicación de la situación, del escaso riesgo de hemoptisis masiva y de contagiosidad puede bastar. Cuando se sospeche un cuadro infeccioso, se iniciará tratamiento antibiótico. La hemoptisis masiva (más de 200 ml en 24 h) debe considerarse una urgencia, en la que la actitud terapéutica estará centrada en el control de la disnea con cloruro mórfico (5 mg en pacientes sin tratamiento previo o el 10% de la dosis total diaria previa de opiáceos) y en la obtención de una sedación rápida y completa del paciente para evitar el sufrimiento (7,5 mg s.c. de midazolam cada 20-30 min según precise o 50 mg de levopromacina i.m.). Se mantendrá o no al paciente sedado según persista la hemoptisis (con el objetivo de que no sufra en relación con la hemorragia intensa imparable) o ésta se resuelva.

Secreciones pulmonares excesivas^{1-4,6,7}

Su aparición es indicativa de una infección pulmonar o del inicio del proceso de morir (estertores *pre mortem*). Con menor frecuencia aparece en pacientes con cáncer de pulmón con una caquexia importante que dificulta la expectoración. En los pacientes con neoplasias otorrinolaringológicas (ORL) son frecuentes, especialmente en pacientes portadores de traqueostomías.

El tratamiento consiste en la utilización de fármacos anticolinérgicos: *a*) butilbromuro de hioscina (buscapina®: 1-2 comprimidos v.o. o 1-2 supositorios cada 4-8 h; 1-2 ampollas s.c. cada 4-8 h), y *b*) hioscina (escopolamina: dosis de 0,5-2 mg/4-6 h s.c.). La escopolamina es ligeramente más eficaz pero presenta efectos disfóricos, se recomienda para el control de los estertores *pre mortem* cuando el paciente está sedado o en coma. La escopolamina no está comercializada y para su obtención deben participar los farmacéuti-

cos de área (no es de dispensación extrahospitalaria). Se asociarán antibióticos si fuera preciso (incremento brusco de las secreciones y modificación mucopurulenta de sus características, o síndrome febril asociado). En pacientes con cáncer ORL y traqueostomía que no responden al tratamiento puede ser preciso realizar aspiraciones profilácticas. En el resto de las situaciones, y especialmente en los estertores *pre mortem*, la aspiración no está recomendada (pues es muy traumática y escasamente eficaz).

Los estertores *pre mortem* constituyen un síntoma que la familia identifica con dificultad respiratoria y sufrimiento, por lo que debería evitarse su aparición. El tratamiento temprano en pacientes de riesgo (sujetos afectados por cáncer de pulmón o ORL) y la colocación del paciente sentado en 45° con la cabeza ladeada pueden contribuir a su control. La explicación-información del profesional sobre el origen de los estertores y la ausencia de sufrimiento del paciente es imprescindible para contener la angustia de los familiares.

Boca seca-boca dolorosa^{1,3,8-10}

Para la xerostomía es útil el uso de bebidas, caramelos y chicles sin azúcar que estimulen la salivación o el uso de saliva artificial, junto con el tratamiento antibiótico o antifúngico si procede, y la utilización de analgésicos sistémicos asociados a anestésicos locales (soluciones 50:50 de lidocaína o xilocaína con agua o suero frío) si hay dolor.

Disfagia^{8,9,11}

Puede ser orofaríngea o esofágica secundaria a infecciones micóticas o infiltraciones tumorales. Su aparición en pacientes debilitados puede ser un signo del inicio del proceso de morir. El tratamiento depende de la causa, de la situación funcional y de las expectativas vitales del paciente. No está recomendado el uso prolongado de la sonda nasogástrica por ser estresante para el paciente, no estar exenta de complicaciones y no aportar beneficio alguno. En situaciones graves no infecciosas pueden ensayarse dosis altas de corticoides (12-20 mg/día de dexametasona subcutánea durante 3 días) para disminuir la compresión provocada por el edema peritumoral. Si la expectativa de vida del paciente es larga, se optará por la colocación de endoprótesis o la realización de una gastrostomía.

Náuseas y vómitos^{1-3,8,9,12,13}

Su etiología es multifactorial. Una historia clínica y exploración exhaustivas ayudan a la identificación de la causa. Su abordaje terapéutico está recogido en la figura 1. El tratamiento debería realizarse por vía oral si es posible; si no, se recurrirá a la vía subcutánea.

Estreñimiento^{1-3,8,9,14}

Es uno de los síntomas más frecuentes en los enfermos terminales, que llega a afectar al 90% de los pacientes. En su aparición interviene el uso de los opiáceos y fármacos con actividad anticolinérgica, así como la caquexia tumoral.

TABLA 1
Criterios de derivación a unidades de cuidados paliativos de pacientes con complicaciones respiratorias y digestivas

Disnea por insuficiencia cardíaca grave
Disnea por derrame pleural
Disnea por anemia que requiere transfusión
Disnea por neumonía
Disfagia susceptible de resolución con endoprótesis
Disfagia susceptible de corrección con gastrostomía
Disfagia por candidiasis oroesofágica
Ascitis grave
Vómitos incoercibles
Obstrucción intestinal con vómitos incoercibles

Su tratamiento se basa en la utilización de laxantes hasta obtener una defecación diaria o cada 48 h sin necesidad de esfuerzo. Éstos deben instaurarse siempre que se inicie un tratamiento con opiáceos para evitar el estreñimiento secundario. La terapia con laxantes se basa en el uso individual o asociado de laxantes osmóticos (15-40 ml/8-12 h de lactulosa; 10-20 g/24 h de lactitol, o polietilenglicol); lubricantes o detergentes (10 ml/día de parafina líquida), y purgantes (senósidos, bisacodilo). Si con el uso de tres asociados no se controla el estreñimiento, se pautarán enemas cada 72 h.

Obstrucción intestinal terminal^{2,3,8,9,15,16}

Se considera cuando no es candidata a tratamiento quirúrgico. El tratamiento de elección es farmacológico, basado en el uso de: *a*) antisecretores como los anticolinérgicos (buscapina o escopolamina s.c. a las dosis comentadas previamente); *b*) antieméticos (2,5-10 mg/día s.c. de haloperidol, o fenotiacinas i.m.), y *c*) analgésicos como el cloruro mórfico s.c. o el fentanilo transdérmico para el alivio del dolor abdominal. La metoclopramida no está indicada por incrementar el dolor cólico abdominal. El uso continuado de la sonda nasogástrica para la descompresión gastrointestinal no está recomendada según se ha comentado previamente. Si no se controlan los vómitos con los fármacos anteriores, debería derivarse al paciente para la instauración de tratamientos con octreótido y antagonistas 5-HT₃ (tabla 1).

Hipo^{2,3,8,11}

Su tratamiento se basará en el uso de procinéticos como la metoclopramida o la domperidona o corticoides si es de origen central. La clorpromacina (12,5-50 mg/día) o el baclofén (5-25 mg/día) se ensayarán en situaciones de hipo rebelde.

Síndrome sistémico caquexia-anorexia^{1,2,3,17}

La etiología exacta de este síndrome es desconocida. Pueden intervenir en el mismo sustancias liberadas por el tu-

mor y el huésped causantes de un incremento del metabolismo. Sus principales manifestaciones clínicas son la anorexia, la astenia y la pérdida de peso. Es el síntoma más prevalente en los enfermos en fase terminal.

El tratamiento comprende la información al paciente y la familia de que la anorexia y astenia son producto de la enfermedad, y el uso de fármacos paliativos. Dentro de éstos destacan los corticoides (4-8 mg/día de dexametasona o 4-16 mg/día de prednisona) y el acetato de megestrol (160-800 mg/día, en una, dos o tres dosis). Los corticoides presentan un efecto rápido pero pasajero, por lo que se usan en pacientes con expectativas vitales cortas. El megestrol puede tardar de una a tres semanas en presentar efecto. El tratamiento de la anorexia incluye además una terapéutica higiénicoconductual como el control de causas reversibles que provoquen anorexia (p. ej., dolor, ansiedad y vómitos), la higiene exquisita de la boca y la instauración de actividades que fomenten la ingesta (uso de platos con poca cantidad de comida, uso de aperitivos amargos).

Bibliografía

1. Sanz Ortiz J, Gómez Batiste X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte JM. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
2. Ahmedzai S. Palliation of respiratory symptoms. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998; p. 583-616.
3. Cuidados paliativos. Recomendaciones semFYC. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1998.
4. Méndez Vidal MJ, Barneto Aranda IC, Aranda Aguilar E. Control de los síntomas respiratorios. En: Cursos de Medicina Paliativa en Atención Primaria. Alicante: Universidad Miguel Hernández, 2000; p. 269-78.
5. Dudgeon DJ, Rosenthal S. Pathophysiology and assessment of dyspnea in the patient with cancer. En: Portenoy RK, Bruera E, editors. Topics in palliative care, vol. 4. Oxford: Oxford University Press, 2000; p. 237-54.
6. Portugués Sánchez A, Ferrari San Juan M, Hernández García P, Sacristán Rodea A. Síntomas respiratorios en el paciente en fase terminal. Cuidados de enfermería. En: López Imedio E, editor. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Médica Panamericana, 1998; p. 129-41.
7. Ojeda Martín M, Navarro Marrero MA. Síntomas respiratorios. En: Gómez Sancho M, editor. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Arán, 1999; p. 723-30.
8. Cruz Hernández JJ. Síntomas gastrointestinales. Los problemas de la boca. La anorexia. En: Cursos de Medicina Paliativa en Atención Primaria. Alicante: Universidad Miguel Hernández, 2000; p. 187-203.
9. García Rodríguez ED. Síntomas digestivos. En: Gómez Sancho M, editor. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Arán, 1999; p. 711-22.
10. Ventafridda V, Ripamonti C, Shamotto, De Conno F. Mouth care. En: InDoyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998; p. 691-708.
11. Twycross R, Regnard C. Dysphagia, dyspepsia, and hippcup. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998; p. 499-512.
12. Mannix KA. Palliation of nausea and vomiting. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998; p. 489-98.
13. Davis MP, Walsh D. Treatment of nausea and vomiting in advanced cancer. *Supp Care Cancer* 2000;8:444-52.
14. Sykes NP. Constipation and diarrhoea. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998; p. 513-25.
15. Baines MJ. The pathophysiology and management of malignant intestinal obstruction. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998; p. 526-33.
16. Ripamonti C, Twycross R, Baines R, Bozzetti F, Capri S, De Conno F, et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer* 2001;9:223-33.
17. Bruera E, Faisenger RL. Clinical management of cachexia and anorexia. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998; p. 548-56.