



**MANEJO DE LOS SÍNTOMAS
MÁS FRECUENTES EN CUIDADOS
PALIATIVOS (DOLOR Y SÍNTOMAS
GASTROINTESTINALES)**

Elena Galve Calvo

DOLOR

INTRODUCCIÓN

El dolor es uno de los síntomas más temidos del enfermo con cáncer. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión presente o potencial de los tejidos”. Es, por tanto, una experiencia subjetiva: su vivencia depende de las características de la persona que lo experimenta; aspecto importante a tener en cuenta de cara al tratamiento.

Deberemos identificar componentes físicos y no físicos que componen el concepto de “dolor total” o sufrimiento, que engloba el estímulo físico con los factores psicológicos, sociales y espirituales de las personas afectadas, su contexto y su significado.

El dolor es una de las principales manifestaciones clínicas del paciente con cáncer, la OMS estima que un 30% de los pacientes con cáncer presentan dolor mientras reciben tratamiento activo y un 60-90% lo sufren en la enfermedad avanzada. Cada año se diagnostican 17 millones de nuevos casos de cáncer y 5 millones de muertes por cáncer, lo que nos da una idea de la importancia del problema. La mayoría de los pacientes presentan dos o más tipos de dolor, pudiendo ser de distinta patogenia (nociceptivo, neuropático, etc.), de diversa patocromía (agudo o crónico) y de distinta etiología (por invasión tumoral, por el tratamiento, por una infección etc.). Con los medios actualmente disponibles, conociendo el tipo, características del dolor y con el tratamiento adecuado se puede aliviar más del 90% de los pacientes con cáncer con medidas farmacológicas, las medidas invasivas rescatan un 10% restante. Entre un 3 y un 5% de nuestros pacientes el alivio del dolor es un problema de difícil solución. La terapia analgésica debe ser: eficaz, fácil de administrar, adecuada para cada paciente y con mínimos efectos secundarios.

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR ONCOLÓGICO

Según cronología:

- **Dolor agudo:** sensación bien definida, localizada en el tiempo, con importante componente vegetativo y escaso componente psicopatológico.

- **Dolor crónico:** consiste en la persistencia del dolor durante 3 meses.
- **Dolor irruptivo:** es una exacerbación transitoria del dolor que aparece sobre la base de un dolor crónico basal bien establecido con analgésicos.

Según etiología:

- Por efecto directo del tumor
- Asociado el tratamiento
- No relacionado con ninguno de los previos

Según patogenia:

- **Dolor somático:** por la afectación de un órgano denso. Se caracteriza por estar localizado en la zona afectada, por incrementarse por la presión en dicha área y por ser sordo y continuo.
- **Dolor visceral:** es el provocado por afectación de una víscera hueca, se expresa como dolor continuo o cólico, mal localizado en un área cutánea amplia, la presión de la zona puede o no desencadenarlo y ocasionalmente es un dolor referido.
- **Dolor neuropático:** es el provocado por afectación del sistema nervioso. Puede expresarse como parestesias continuas, episodios de dolor lacinante y acompañarse de fenómenos de hiperalgesia y alodinia.
- **Dolor psicógeno:** el dolor por somatización pura, es poco frecuente en pacientes oncológicos. En el contexto del enfermo terminal con dolor, la influencia de múltiples factores constituyen un complejo síndrome de difícil manejo denominado dolor psicossocial o “dolor total” que precisa un abordaje multidisciplinar.

FISIOPATOLOGÍA

La sensación dolorosa es una respuesta neurofisiológica muy compleja que consta principalmente de dos componentes: el propiamente sensorial (algognosia) y el afectivo-conductual (algotimia).

De forma puramente fisiológica en la transmisión del dolor intervienen receptores específicos, vías aferentes y vías eferentes.

Existe dos tipos de nociceptores situados a nivel cutáneo, músculo-articular y visceral: A-delta que transmiten el dolor agudo con calidad de pellizco o pinchazo y las fibras C (polimodales) que transmiten aquel de características quemante y pulsátil.

Las fibras aferentes entran a través del asta posterior en la médula donde realizan conexión con las neuronas de segundo orden. En esta conexión intervienen numerosos neurotransmisores como aspartato, glutamato, somatostatina, VIP, neurotensina, bombesina y sustancia P; así como sustancias inhibitorias nociceptivas como GABA, glicina, encefalina, etc.

El asta dorsal constituye uno de los lugares estratégicos para control de dolor si se logra bloquear los receptores NMDA presentes en su sustancia gris que facilita y propagan el impulso nociceptivo.

Desde la médula espinal ascienden los tractos nerviosos, principalmente por la vía espinotalámica hasta el tálamo (segunda conexión de la vía nociceptora) y a la corteza cerebral permitiendo la percepción consciente del dolor. Las vías aferentes o inhibitorias están formadas por estructuras ricas en receptores opioides localizados en la sustancia gris periacueductal, núcleo cerúleo, núcleo del rafe magno y núcleos adyacentes a la formación reticular bulbar. Su estimulación produce analgesia.

EVALUACIÓN DEL DOLOR

Antes de plantear un tratamiento es imprescindible una evaluación sistemática del dolor. Incluye:

- **Anamnesis:** descripción del dolor, características temporales, localización e irradiación, intensidad, factores agravantes y mitigantes y exacerbaciones. Debemos valorar también las consecuencias psicosociales y funcionales del dolor.
- **Examen físico completo**
- **Pruebas diagnósticas complementarias:** pueden ser necesarias Radiografías, TAC, RMN para determinar de manera más detallada la causa del dolor, su localización, mecanismo de producción, déficit funcional etc.

- **Evaluación del control del dolor:** Es necesario conocer y reflejar como valora el paciente su dolor, por lo que las escalas de medición son un método de referencia para iniciar un tratamiento analgésico y valorar la respuesta al mismo. Existen múltiples test y escalas de medición del dolor, en la práctica diaria se emplean varias, entre las que destaca la Escala Visual Analógica (EVA). Consiste en una línea horizontal de 10 cm. cuyos extremos contraponen los términos: no dolor (0 puntos) y dolor máximo imaginable (10 puntos); el paciente sitúa la marca donde mas se corresponde con su dolor.

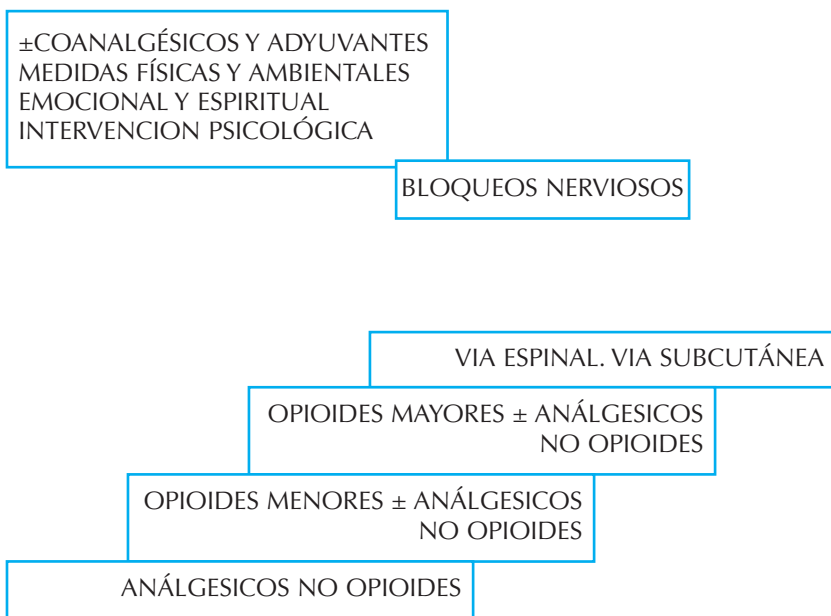
Tras esta evaluación se establece un diagnóstico etiológico y fisiopatológico y conoceremos la intensidad, características del dolor y su repercusión en el estado funcional del paciente, lo que nos permite programar un plan terapéutico para control del paciente.

PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Evaluar antes de tratar
- Iniciar un tratamiento combinado farmacológico, medidas generales, apoyo emocional, intervención psicológica etc.
- Tratamiento etiológico si es posible. El tratamiento específico de las neoplasia sensibles supone una de las mejores estrategias para control del dolor
- Prevenir los efectos secundarios de los fármacos empleados
- Promover el cumplimiento terapéutico
- Estrategia gradual planificada tanto en el control del dolor como en la pauta analgésica, siguiendo recomendaciones de la escala de la OMS.
- Prevención y tratamiento de las crisis.
- Seguimiento
- Información clara y comprensible
- Revisar y monitorizar: respuesta, dosis, efectos secundarios o exacerbaciones.
- Mostrar accesibilidad y disponibilidad.

LA ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

En 1982 la OMS organizó una reunión de expertos para diseñar unas pautas generales consensuadas sobre el tratamiento analgésico, el primer documento se publicó en 1984 y quedó sistematizado por la Escalera Analgésica de la OMS. Desde entonces ha sufrido múltiples modificaciones, considerándose hoy que consta hasta de 5 escalones que integran el uso de vías alternativas y técnicas invasivas, teniendo además en cuenta fármacos coanalgésicos, intervención psicológica y de apoyo emocional.



El inicio de un analgésico de uno u otro escalón depende de la intensidad del dolor y nunca de la supervivencia prevista del paciente. Así:

- El dolor leve (<3-4 /10 EVA) requiere analgésicos no opioides
- Con dolor moderado (hasta 6-7 / 10 EVA): tratamiento de segundo escalón con opioides menores

- En presencia de dolor intenso (>7 /10 EVA): emplear opioides potentes, hayan pasado o no por otro escalón.

Además en cada escalón se debe valorar añadir fármacos adyuvantes.

Si no se controla el dolor con aumentos adecuados de la dosis se debe pasar al siguiente escalón. Los analgésicos deben emplearse de forma oral, siempre que sea posible, y en sus horarios correspondientes; esto requiere una administración regular del fármaco, no solamente cuando el paciente lo necesite. Además debe administrarse una dosis de rescate para las agudizaciones.

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES

Incluyen un grupo de fármacos con acción analgésica, antiinflamatoria y apirética como: AINES, paracetamol y metamizol. Emplearlos en dolor leve, dolor óseo y también añadidos a opioides en el tratamiento del dolor moderado-severo para hacer mas moderada la acción de los opioides y minimizar efectos secundarios. Se pueden emplear la vía oral, rectal y en casos vía parenteral.

Efectos secundarios:

- disfunción plaquetaria
- gastrointestinal
- insuficiencia renal
- hepatotoxicidad

Los fármacos más empleados de este escalón son:

Fármaco	Dosis habitual adultos
AAS	650 mg / 4h
Ibuprofeno	400-600mg /6h
Naproxeno	250-275mg /6-8h
Ketorolaco	10mg /4-6h
Paracetamol	1000mg /6h
Indometacina	25-50 mg /6-8h
Metamizol	575mg-2g /6-8h

ANALGÉSICOS OPIOIDES

Opioide se denomina a todo fármaco natural o sintético capaz de interactuar con los receptores opioides.

Los opioides se clasifican como agonistas totales semejantes a morfina, agonistas parciales o agonista-antagonista, dependiendo de los receptores específicos a los cuales se fijan y de su actividad en estos receptores.

- Agonistas totales: morfina, hidromorfona, codeína, oxicodona, hidrocodona, metadona y fentanilo.
- Agonistas parciales: buprenorfina. Tienen menos efectos sobre el receptor opioide, presentan efecto techo, siendo por analgésicos menos eficaces que los agonistas puros.
- Agonista-antagonista: pentazozina.
- Antagonistas puros: presentan afinidad por los receptores sin una acción farmacológica intrínseca, pero interfieren la acción de un agonista. Pertenecen a este grupo la naltrexona y naloxona.

La morfina es el opioide más empleado, si bien es importante estar familiarizado con otros opioides alternativos como fentanilo, oxicodona, metadona y sus diferentes fórmulas para mayor flexibilidad a la hora de ajustar un régimen determinado a las características de cada paciente.

PRINCIPIOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE OPIOIDES

La mayor parte de nuestros pacientes requieren una dosificación de horario fijo para manejar el dolor constante y prevenir su empeoramiento. Se deben emplear dosis de rescate en combinación con el horario fijo establecido en casos de dolor incidental; estas dosis se administraran siempre que sean necesarias, calculando que oscilan entre 10 y un 20% de la dosis total diaria. El intervalo de dosis depende del tipo y formulación del opioide empleado, variando entre 4h en casos de opioides de corta duración hasta cada 72 h en formulas de liberación retardada.

La dosis apropiada de cada opioide es aquella que controla el dolor con efectos secundarios mínimos. La titulación de cada fárma-

co se debe continuar hasta lograr un alivio del dolor, consiguiendo un balance favorable entre efecto analgésico y efectos secundarios.

Las dosis de las fórmulas de acción inmediata pueden aumentarse diariamente: en dolores moderados con dosis bajas de opiodes se requieren aumentos del 25-50% de las dosis previa, mientras que con dolor severo no controlado pueden requerir aumentos mayores y, con dosis altas de opioides incrementos del 20-30% suele ser lo mas prudente. Escalar rápidamente la dosis requiere un seguimiento estrecho.

Características de los principales opioides y equivalencias:

Opioide	Dosis y equivalencias	Efectos secundarios	Observaciones
Codeína	30 mg/4h	Mareo,náuseas y estreñimiento	Analgésico, anti-tusígeno y anti-diarreico
Dihidrocodeína	30-60 mg/4-6h	No en insuficiencia renal	Presentación liberación retardada
Tramadol	50-100 mg/6h retardad /12-24h VO=IV=SC	Estreñimiento menor	VO, SC, IV, rec-tal, IM
Buprenorfina	Parches 35 mg/h/72h 35 mg= 30-60mg morfina oral		Retard. Rescates con buprenorfina sublingual
Fentanilo trans-dermico	Parches /72h Morfina oral 24h= fentanilo 2:1	< estreñimiento y somnolencia	No si dolor agudo o no estable
Fentanilo oral transmucoso	Sticks de 200 a 1600mg		Sólo para dolor incidental
Metadona	Cad 8,12 ó 24 h Equianalgesia variable	< estreñimiento < neurotoxicidad	Vida media prolongada
Oxicodona	10 mg/ 12 h de oxi a morfi 3:4 de morfi a oxi 2:3	Efecto más rápido <alucinaciones	Liberación retard y aguda

Existen casos en que no conseguimos un control adecuado del dolor con aumentos progresivos del opioide en presencia de toxicidades limitantes de dosis tales como: alucinaciones, confusión, hipe-ralgesia, mioclonias, sedación etc., en estos casos puede mejorarse con un cambio del opioide (rotación de opioides) con dosis equi-nalgésicas ; existe un amplio margen de respuestas interindividuales y tolerancia cruzada incompleta con casi todos los opioides por lo que se recomienda reducir la dosis del nuevo fármaco entre un 25 y un 50% para garantizar la inocuidad.

Siempre que sea posible se empleará la vía oral, cuando no es posible emplearemos otras como rectal, percutánea, transmucosa, subcutánea y parenteral y otras. La vía subcutánea y parenteral son igual de eficaces, por lo que únicamente emplearemos la parenteral si el paciente no puede tragar y el acceso venoso ya esta establecido. La potencia de los opioides por vía parenteral es generalmente de dos a tres veces la de la vía oral por lo que la dosis debe ser disminuida a la mitad o a un tercio. Pueden administrarse los opioides iv/sc intermitentemente (cada 4 horas) o bien como infusión continua.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES

Los efectos adversos son similares entre los diferentes opioides, aunque existe una gran variabilidad individual

1. **Estreñimiento:** el más común (40-70%). Disminuye el peristaltismo y las secreciones intestinales. Nunca aparece tolerancia por lo que es necesario administrar laxantes de forma regular a todos los pacientes que tomen opioides.
2. **Náuseas y vómitos:** entre un tercio y dos los presentan. Inicio precoz del tratamiento opioide y normalmente desaparece tras la primera semana del tratamiento. La cobertura antiemética adecuada es eficaz (metoclopramida o haloperidol). Aparecen náuseas crónicas en un 15-30% de los pacientes.
3. **Somnolencia:** aparece del 20-60% de los pacientes. Se suele desarrollar tolerancia en varios días. Si no mejoría o empeora valorar disminuir la dosis, rotar opioide o añadir fármaco psicoestimulante.

4. **Retención urinaria:** más frecuente en administraciones espinales, ancianos e hiperplasia benigna prostática. Precisa sondaje transitorio
5. **Xerostomía:** es un efecto persistente al que no se hace tolerancia. Mejora con medidas de hidratación local.
6. **Depresión respiratoria:** es el efecto más grave del tratamiento con opioides. Es un efecto dosis dependiente y excepcional con el manejo correcto de los opioides. Especial atención en ancianos, compromiso respiratorio previo o hipertensión intracraneal. En su tratamiento se emplea naloxona en perfusión continua.
7. **Neurotoxicidad:** alteraciones cognitivas, síndrome confusional agudo, alucinaciones, mioclonias, convulsiones e hiperalgesia como causa de la acumulación de metabolitos tóxicos de los opioides. Mayor riesgo con dosis altas, tratamiento prolongado, alteración cognitiva previa, deshidratación, insuficiencia renal, ancianos y asociación a psicofármacos. Generalmente es necesaria la rotación de opioides para su resolución.
8. **Otros:** disforia, prurito, trastornos del sueño, SIADH etc.

ANALGÉSICOS COADYUVANTES

No se trata de analgésicos propiamente dichos, aunque producen efecto analgésico por otros mecanismos, tiene como finalidad suprimir ciertos tipos de dolor y aliviar otros síntomas que comúnmente aparecen en el enfermo con cáncer. Se emplean asociados a los fármacos de los distintos escalones de la OMS.

Antidepresivos

Tienen efecto analgésico propio de mecanismo no aclarado a dosis bajas. Su principal indicación es el dolor neuropático que se caracteriza por disestesias continuas. El más estudiado es la amitriptilina, iniciarla a dosis 25 mg/d e ir aumentando semanalmente hasta 300mg/d. Otros empleados son maprotilina, paroxetina. Los efectos secundarios más comunes son: estreñimiento, xerostomía, visión borrosa, cambios cognitivos, taquicardia y retención urinaria. Tener precaución en pacientes con alteraciones cardíacas.

Anticomiciales

Su principal indicación es el dolor neuropático lancinante o con crisis paroxísticas que aparece en neuralgias y plexopatias y el dolor neuropático fijo que no responde a antidepresivos. El más empleado es la carbamazepina, aunque la experiencia es limitada en oncología debido a la supresión de la médula ósea que produce, otros efectos adversos incluyen: mareos, diplopia, nistagmus, trastornos cognitivos, del sueño y el humor.

Gabapentina, pregabalina y clonazepam han aumentado progresivamente su uso en dolor neuropático en los últimos años.

Anestésicos locales

Los anestésicos locales empleados por vía tópica son eficaces en el tratamiento de dolores localizados y en fenómenos de alodinia e hiperesestias. Se emplean por vía espinal y en bloqueos nerviosos.

Neurolépticos

Los principales grupos empleados son fenotiacinas (clorpromacina, levopromacina y perfenacina), butirofenonas (haloperidol, droperidol) y otros (tiapride, sulpiride).

Su principal indicación es la sedación en la agitación psicomotriz, tratamiento del delirium y tenesmo rectal. También se emplean como antieméticos y en el tratamiento del hipo.

Corticoides

Son útiles en el dolor nociceptivo somático, neuropático por compresión o infiltración del tejido nervioso y en la cefalea secundaria a la hipertensión intracraneal. Tienen múltiples efectos secundarios como síndromes neuropsiquiátricos, trastornos gastrointestinales, miopatía proximal, necrosis aséptica, inmunosupresión, etc., por lo que se recomiendan periodos breves de tratamiento.

Bifosfonatos

Se recomiendan en el manejo de dolor óseo y la prevención de complicaciones esqueléticas en los pacientes con enfermedad ósea metastásica. Los más empleados son clodronato, pamidronato y ácido zoloedronico.

MISCELÁNEA:

- **Antihistamínicos:** Empleados como ansiolíticos, antiespasmódicos, antipruriginosos.
- **Psicoestimulantes:** pueden mejorar los efectos analgésicos de los opioides o para disminuir sus efectos sedantes si no es posible disminuir la dosis.
- **Benzodiacepinas:** contribuyen al alivio del dolor disminuyendo la ansiedad, favoreciendo el sueño y disminuyendo la tensión muscular.
- **Baclofeno:** se emplea para el tratamiento de la espasticidad y puede ser útil en el dolor neuropático.
- **Calcitonina:** se ha empleado en el dolor por metástasis óseas y el asociado al miembro fantasma.
- **Antagonistas del receptor NMDA:** la ketamina en dosis subanestésicas está indicada en dolor neuropático y el resistente a opioides. Tiene graves efectos adversos psicomiméticos, como alucinaciones vividas, que impiden que su utilización sea amplia.

OTRAS MEDIDAS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Radioterapia antiálgica: es el tratamiento de elección del dolor en metástasis óseas localizadas, consiguiendo un alivio completo en el 60% de los pacientes y siendo parcial en el 30%.

Cirugía ortopédica y osteosíntesis: En casos de fracturas patológicas o lesiones óseas de alto riesgo suele ser necesaria la fijación con clavos medulares, placas o prótesis, cuya elección depende de la esperanza de vida del paciente.

Radio fármacos: empleados en el dolor por múltiples metástasis óseas. El más empleado es el estroncio 89, otros más actuales como samario 153 y reno 186 parecen tener mejor efecto terapéutico.

Cirugía: la reducción paliativa del tumor puede reducir directamente el dolor, aliviar los síntomas de obstrucción o compresión se emplea solo en casos seleccionados.

Bloqueos nerviosos: Empleados en dolor intratable por otros medios con indicaciones y selección de pacientes son muy específicas teniendo en cuenta sus potenciales complicaciones.

SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

1. ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es el movimiento lento de las heces por el intestino grueso que tiene como consecuencia el paso de heces duras y secas, puede dar como resultado molestia o dolor. Es un síntoma que puede aparecer hasta en el 90% de los pacientes terminales. Sus causas principales son: inactividad, deshidratación, alteraciones metabólicas, fármacos (opioides, anticolinérgicos, etc.), factores propios del tumor o del tratamiento. Un ritmo intestinal normal es aquel que tiene al menos 3 deposiciones a la semana y no más de tres deposiciones diarias; sin embargo en los pacientes con cáncer el estreñimiento se debe ver mas como un síntoma subjetivo. Una historia clínica detallada del patrón intestinal del paciente, modificaciones en regimenes alimentarios y medicamentos junto con un examen físico pueden identificar la causa del estreñimiento. En los de varios días de evolución siempre debe llevarse a cabo un tacto rectal para descartar la impactación fecal y es necesario descartar una obstrucción intestinal.

Tratamiento

El tratamiento integral incluye la prevención (sobre todo en tratamiento con opioides), la eliminación de los factores causantes y el empleo de laxantes. Se empezará con medidas generales como recomendar en algunos pacientes que incrementen el consumo de fibra en el régimen alimentario y de líquidos y fomentar el ejercicio regular, si es posible y facilitar intimidad y tranquilidad a la hora de defecar.

Medidas farmacológicas. Laxantes:

- Productores de volumen: aumentan el volumen de la masa fecal; poco empleados en paliativos (metilcelulosa, salvado)
- Salinos: la alta osmolaridad retienen agua en la luz intestinal, distiende el intestino e induce movimientos peristálticos. Son los laxantes empleados como preparación intestinal para exámenes o cirugías (fosfato sódico, citrato de magnesio, sulfato de magnesio)

- Estimulantes: aumentan el peristaltismo intestinal. Contraindicados si se sospecha obstrucción intestinal. (bisacodilo, senosidos)
- Lubricantes: humedecen la mucosa intestinal y ablandan las heces (aceite mineral)
- Ablandadores fecales: facilitan la retención de agua y ablandan las heces. No se recomiendan como tratamiento único (docusato sódico, docusato cálcico, docusato potásico, poloxamer)
- Lactulosa: aumenta la presión osmótica aumentando la cantidad de agua de las heces y ablandándolas.

En estreñimientos pertinaces es necesario combinar laxantes de acción diferentes. En caso de impactación fecal debemos valorar el estado de la ampolla rectal:

- si la ampolla está vacía emplear fármacos estimulantes por vía oral y dosis altas de laxantes osmóticas
- con ampolla llena de heces blandas usar estimulantes por vía oral y/o rectal
- si al ampolla está llena de heces duras administrar durante dos días por vía rectal enema fosfatado y en caso de no conseguir evacuación es necesario la desimpactación manual.

2. ANOREXIA

Es la incapacidad del paciente para alimentarse 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 y depresión, y efectos secundarios del tratamiento.

Tratamiento

Medidas generales:

- Preparación adecuada de los alimentos (comidas apetecibles).
- Platos pequeños.
- Raciones pequeñas.
- Buena presencia.

- No comer a horas fijas.
- Ambiente agradable.
- No forzar la ingesta.

Medidas farmacológicas.

- Dexametasona 2 a 4mg/diarios.
- Acetato de Megestrol - La dosificación es de 160 mg, 2 a 3 veces día.
- Metoclopramida

3. DISFAGIA

La dificultad para la deglución aparece más frecuente en los tumores de cabeza y cuello, esófago y afectación mediastínica cuyo tratamiento pasa por RT o colocación de prótesis endoscópicas.

Los corticoides pueden aliviar de forma temporal si existe edema peritumoral. Si la causa es una candidiasis esofágica el tratamiento es con antifúngicos (fluconazol, ketoconazol). En los últimos días de vida se deben evitar maniobras como sonda nasogástrica, gastrostomías, alimentación parenteral etc. que prolongan la agonía.

4. DISPEPSIA

Frecuentemente se debe a esofagitis, gastritis, ulcus y enlentecimiento del vaciado gástrico. Su tratamiento es con antiácidos.

5. NÁUSEAS Y VÓMITOS

Se presentan en un 30-40% de los pacientes en la fase terminal.

Sus causas son múltiples: yatrógenas (opioides), alteraciones metabólicas (hipercalcemia, hiponatremia), obstrucción intestinal, hipertensión endocraneal etc.

Realizar una evaluación del paciente nos orientará a la causa del cuadro.

El tratamiento consta de medidas generales tales como adecuación de la dieta y corrección de las causas tratables con medidas far-

macológicas empleando antieméticos como metoclopramida, haloperidol, domperidona, escopolamina, etc.

En ocasiones es necesario emplear la vía subcutánea para el correcto control.

La indicación de sonda nasogástrica está limitada a obstrucciones intestinales no controlables por otros medios y atonía gástrica severa.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- CRUZ HERNÁNDEZ, J.J. *Lecciones de Oncología Clínica*. Ed. Nova-Sidonia. 2004.
- DE VITA, V.T., HELLMAN, S., ROSENBERG, S.A. *Cancer: Principles and practice of Oncology*, 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins 2005.
- GÓMEZ-SANCHO, M., et al. *Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal*. Ed. ASTA Médica. 1992.
- SANZ ORTIZ, J. *Principios y Práctica de los Cuidados Paliativos* (Editorial Medicina Clínica (Barcelona), 1989; 92:143-145.
- SANZ ORTIZ, J. *El control del Sufrimiento Evitable. Terapia Analgésica*. Ed. You&Us. 2001.