

## ATENCIÓ AL PACIENT AMB PATOLOGIA EN FASE TERMINAL

Javier Hortelano, Xavier Jiménez Fàbrega

### INTRODUCCIÓ

En l'atenció al pacient amb patologia en fase terminal la comunicació amb el pacient i la família s'ha de contemplar com una eina terapèutica en si mateixa. A l'hora d'establir aquesta relació de comunicació-informació hem de tenir en compte una sèrie de característiques de qualitat: Ha de ser adaptada a les expectatives de coneixement que presenta el pacient, no s'han d'avançar aconeteixements, ha de ser concreta i propera a les preguntes del pacient així com coherent, esperançadora i adaptada a la situació psicològica del pacient i qui el cuida.

### DOLOR

Aproximadament el 90% dels pacients afectats de càncer en fase terminal necessitaran un tractament amb opiacis per alleujar el dolor.

**Dolor nociceptiu:** respon a tots els analgèsics.

**Dolor neuropàtic:** sovint no respon als opiacis i calen fàrmacs adjuvants.

Estratègia terapèutica del pacient amb dolor:

- Administració regular de la medicació.
- La via d'administració òptima és la via oral.
- Les dosis d'analgèsics s'han d'individualitzar.
- Cal esglaonar el tractament analgèsic.

S'han de valorar els fàrmacs adjuvants no com analgèsics sinó com fàrmacs que en circumstàncies específiques presenten una eficàcia analgèsica.

### Escala Analgèsica de la OMS

#### Primer esglaió

Analgèsics no opioïdes: Paracetamol, Antiinflamatoris no esteroïdals (AINE).

+/- fàrmacs adjuvants (ami-triptilina, carbamacepina, dexametassona, clorpromacina).

#### Segon esglaió

Opiaci dèbil: Codeïna, dihidrocodeïna, tramadol.

+/- Paracetamol, AINE.

+/- fàrmacs adjuvants.

#### Tercer esglaió

Opiaci potent: morfina, fentanilo.

+/- AINE.

+/- fàrmacs adjuvants.

## Dosificació dels fàrmacs

### Paracetamol i AINE

Classe genèrica	Dosi habitual (mg)	Intèrval (hores)	Dosi màxima/dia recomanada (mg)	Comentaris
Paracetamol	500-1000	4-6	4000	
Acid acetil salicilic	500-1000	6-8	4000	
Metamizol	500-2000	6-8	6000	Superior a AAS
Ibuprofè	200-400	4-6	2400	Superior a AAS, poca incidència de problemes gastrointestinals
Diclofenaco	25-50	6-8	200	Molt útil en metàstasis òssies
Indometacina	25	8-12	200	
Piroxicam	20	24	20	Alta incidència de gastropatia

### Fàrmacs adjuvants

Causa del dolor	Fàrmac	Dosi oral d'inici
Hipertensió endocraneal	Dexametasona	12 mg/6h
Compresió medular		
Dolor neuropàtic	Amitriptilina	25-75 mg/nit
	Carbamacepina	200-600 mg/dia
	Clorpromacina	30-70 mg/dia
Espasme muscular	Ciclobenzaprina	10 mg/8h
Neuràlgia	Capsaicina	Aplicació
Cicatrisus doloroses	Capsidol gel c	ada 6 hores

### Fàrmacs opiacis

Fàrmac	Dosi inicial vo mg	Intèrval hores	Comentaris
Codeina	30-60	4	
Dihidrocodeina	60	12	
Tramadol	>80 anys: 100 <80 anys: 150	12	Dosi màx: 200 mg
Morfina alliberació	10-30	4	Presentació en ràpida sol·lució i comprimits
Morfina retard	15	12	Si tractament previ amb tramadol iniciar amb 30 mg/12h
Fentanilo	25 micrograms/h	72	Independentment transdèrmic del tractament amb opiacis menors

### **Control d'efectes adversos**

Vòmits: Metoclopramida 10-20 mg/8h vo, HaloprEdol 2.5 mg/dia vo.

### **Us de dosis extres d'opiàcics**

1. Pacient tractat amb morfina retard, afegir morfina d'alliberació ràpida en dosi equivalent al 10% de la dosi total diària.
2. Pacients tractats amb fentanilo transdèrmic, administrar morfina d'alliberació ràpida en funció de la dosi transdèrmica: 25 micrograms/h: 10-15 mg, 50 25 micrograms/h: 20-30 mg, 75 micrograms/h: 40-50 mg.
3. Es poden usar dosis de rescat als 60-90 min sinó millora del dolor. Més de 3 dosis de rescat han de fer augmentar la dosi basal.

### **Criteris de derivació a Unitats de cures pal·liatives**

- Dolor no controlat amb 400 mg/d de morfina oral.
- Dolor no controlat amb 150 micrograms/h de fentanilo transdèrmic.
- Al·lucinacions i mioclonies amb l'us d'opiàcics.
- Estrenyiment persistent.
- Dolor neuropàtic no avaluat.
- Dolor ossi intens de difícil control.
- Es valorarà individualment la derivació a un servei d'urgències per tractament específic del dolor intens i incontrolat que no pugui ser valorat per l'equip PADES o el metge de família. Es traslladarà en Unitat de Suport Vital Bàsic.

### **AGONIA**

- Sino es possible la via oral, la via subcutània és la d'elecció.
- Fàrmacs que es poden administrar de forma sc: diacepam, midazolam, morfina, haloperidol, clorpromacina, metoclopramida, escopolamina.

### **Cosideracions en el pacient agònic:**

- Mai retirar els mòrfics.
- En cas d'agitació sedar amb Midazolam 5-15 mg sc, Haloperidol: 5-20 mg/sc, Clorpromacina 12.5-25 mg sc. Es poden administrar cada 30 min.
- En la respiració estertorosa pot ser útil Escopolamina 0.3-0.5 mg sc.

### **DISNEA**

- Sensació subjectiva de falta d'aire. És freqüent en pacients amb càncer avançat.

### **Tractament:**

- Etiològic sempre que sigui possible.
- Clorur mòrfic: iniciar 5 mg/4h, augmentar dosi fins obtenir l'efecte desitjat (augment del 50%).
- Pacients amb MPOC, compressió de la vena cava superior, limfangitis carcinomatosa conegudes afegir dexametasona 12 mg vo (o metilprednisolona 30 mg/kg) i continuar amb 6 mg/6h.

## TOS

- Productiva amb capacitat d'expectoració: ingesta hídrica, valorar salbutamol inhalat, N-acetilcisteïna vo/8h. Individualitzar la necessitat de tractament antibiòtic (Amoxicil.lina-Ac clavulanic 500 mg/8h, ó eritromicina 500 mg/6h vo).
- Productiva sense expectoració o tos seca: codeïna 30-60 mg/4h, Morfina 5-20 mg/4h vo, sc.

## VÒMITS

### Tractament:

- Metoclopramida: 0.5 mg/kg cada 6h.
- Antagonistes de la serotonina: Ondansetron 5-10mg/12h vo.
- Haloperidol màxim 20 mg/d (10 gotes=1 mg).
- Dexametasona 16 mg/dia, es poden mantenir 3 ó 4 dies.
- No combinar metoclopramida i haloperidol doncs es potencien els efectes extrapiramidals.

## ESTOMATITIS

- Es recomanen gargarismes amb sèrum salí, povidona iodada, camamilla.
- El tractament analgèsic es farà amb anestèsics tòpics: xilocaïna, sol.lució viscosa de lidocaïna, i analgèsia sistèmica quan sigui necessària. Pot ser útil el gel local (glaçó).
- La sobreïnfecció per C. Albicans es tracta amb nistatina 10 ml/6h mantenint contacte amb les mucoses 10 minuts i després empassar.

### Consideracions generals:

- La via d'elecció és oral, també es pot usar la via subcutània.
- No fraccionar els comprimits retard.
- Si administrem morfina sc cal reduir la dosi oral a la meitat.
- No combinar opiacis.

---

## Bibliografia

1. L. Lizan Tudela. Protocol "Cuidados paliativos". Programa d'actualització en Atenció Primària (FMC). Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 1997
2. Sacristan Rodea A. Papel del médico de atención primaria en el seguimiento del paciente oncológico. Información terapéutica del Sistema Nacional de salud vol 25, nº6-2001
3. Benítez del Rosario MA. Complicaciones psiquiátricas, neurológicas y cutáneas en el paciente con enfermedad en fase terminal. Aten Primaria 2002;30:179-182
4. Benítez del Rosario MA. Tratamiento del dolor oncológico crónico: el uso de opiáceos. Aten Primaria 2002;29:513-516
5. Benítez del Rosario MA. La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. Aten Primaria 2002;30(7):463-466.