



DOI: 10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.151-161

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/661>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 151-161







Cuidados paliativos en pacientes con CA de pulmón

Palliative care in patients with AC of the lung

Cuidados paliativos em pacientes com AC do pulmão

Lorena Estefanía Castillo Apolo¹; Tatiana Jeannette Arguello Molina²; Kattia Liseth Daza Bermeo³; Francisco David Macías Vélez⁴

RECIBIDO: 15/04/2021 **ACEPTADO:** 17/05/2021 **PUBLICADO:** 16/06/2021

1. Médico de la Universidad Técnica de Machala; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; lore_estef19@hotmail.es;  <https://orcid.org/0000-0003-4954-7077>
2. Magister en Gerencia Hospitalaria; Medico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; tatedanvican1985@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9823-0098>
3. Médico Cirujano de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; kattiadazza90@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-4316-6281>
4. Médico Cirujano de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; bekraujis.vyras@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9953-1255>

CORRESPONDENCIA

Lorena Estefanía Castillo Apolo

lore_estef19@hotmail.es

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

El cáncer de pulmón es considerado el cáncer más frecuente del mundo. Conlleva una alta tasa de mortalidad y morbilidad entre la población afectada, concretamente los índices más altos los encontramos en América y Europa. Es considerada la principal causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres, después del cáncer de mama. Esta enfermedad es cuatro veces más común en hombres que en mujeres. La OMS define los CuPa como "los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo perseguido es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los CuPa no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia. El presente artículo describe y compara diferentes literaturas sobre los Cuidados paliativos en pacientes con CA de pulmón. Para ello, se recolecta esta información de diferentes fuentes bibliográficas adquiridas de bases de datos (SCOPUS, PubMed, Biblioteca Cochrane, Google Scholar) valorando la calidad y veracidad de la información recopilada, así como la actualidad del contenido. Los cuidados paliativos son útiles en pacientes oncológicamente terminales, el objetivo fundamental es aliviar el dolor y cualquier sintomatología que se pueda presentar en el paciente y que el personal dispuesto para ello debe estar capacitado para afrontarlo y atento las 24 horas del día. Sin embargo sigue siendo una etapa dura para los familiares que deben afrontar esta realidad, ya sea en un centro de salud o en el hogar.

Palabras clave: Cuidado, terminal, síntoma, cáncer, pulmón.

ABSTRACT

Lung cancer is considered the most common cancer in the world. It carries a high mortality and morbidity rate among the affected population, specifically the highest rates are found in America and Europe. It is considered the leading cause of death in men and the second in women, after breast cancer. This disease is four times more common in men than in women. The WHO defines CuPa as "the appropriate care for the patient with an advanced and progressive disease where the control of pain and other symptoms, as well as the psychosocial and spiritual aspects take on the greatest importance. The objective is to achieve the best possible quality of life for the patient and her family. Palliative medicine affirms life and regards dying as a normal process. CuPa do not advance or delay death, but rather constitute a true support and support system for the patient and their family. This article describes and compares different literatures on palliative care in patients with AC of the lung. To do this, this information is collected from different bibliographic sources acquired from databases (SCOPUS, PubMed, Cochrane Library, Google Scholar), assessing the quality and veracity of the information collected, as well as the timeliness of the content. Palliative care is useful in oncologically terminal patients, the main objective is to alleviate pain and any symptoms that may occur in the patient and that the personnel willing to do so must be trained to deal with it and attentive 24 hours a day. However, it is still a tough time for family members who must face this reality, whether in a health center or at home.

Keywords: Care, terminal, symptom, cancer, lung.

RESUMO

O câncer de pulmão é considerado o câncer mais comum no mundo. Ele carrega uma alta taxa de mortalidade e morbidade entre a população afetada, especificamente as taxas mais altas são encontradas na América e na Europa. É considerado a principal causa de morte nos homens e a segunda nas mulheres, após o câncer de mama. Esta doença é quatro vezes mais comum nos homens do que nas mulheres. A OMS define o CuPa como "o cuidado apropriado para o paciente com uma doença avançada e progressiva onde o controle da dor e outros sintomas, bem como os aspectos psicossociais e espirituais, assumem a maior importância". O objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida possível para o paciente e sua família. A medicina paliativa afirma a vida e considera a morte como um processo normal. CuPa não avança ou retarda a morte, mas constitui um verdadeiro sistema de apoio e suporte para o paciente e sua família. Este artigo descreve e compara diferentes literaturas sobre cuidados paliativos em pacientes com AC do pulmão. Para isso, estas informações são coletadas de diferentes fontes bibliográficas adquiridas de bancos de dados (SCOPUS, PubMed, Cochrane Library, Google Scholar), avaliando a qualidade e a veracidade das informações coletadas, bem como a atualidade do conteúdo. O cuidado paliativo é útil em pacientes oncológicamente terminais, o principal objetivo é aliviar a dor e quaisquer sintomas que possam ocorrer no paciente e que o pessoal disposto a fazê-lo deve ser treinado para lidar com ela e atento 24 horas por dia. Entretanto, ainda é um momento difícil para os familiares que devem enfrentar esta realidade, seja em um centro de saúde ou em casa.

Palavras-chave: Cuidados, terminal, sintoma, câncer, pulmão.

Introducción

El cáncer de pulmón es considerado el cáncer más frecuente del mundo. Conlleva una alta tasa de mortalidad y morbilidad entre la población afecta, concretamente los índices más altos los encontramos en América y Europa. Es considerada la principal causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres, después del cáncer de mama. Esta enfermedad es cuatro veces más común en hombres que en mujeres (Alcaide Morales, 2020, pág. 1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es una de las enfermedades que causa mayor mortalidad en el mundo; se estima que entre 2007 y 2030 la mortalidad mundial crecerá un 45% pasando de 7,9 millones a 11.5 millones de personas, debido al crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población. Se estima además que el número de casos nuevos crecerá en el mismo tiempo de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones en el año 2030. Por todo esto, es claro que la salud pública y la investigación no deben alejar su mirada de esta enfermedad que genera tanto impacto (Esper, 2011).

Esta patología tiene una sobrevida a 5 años de 15%, y al inicio del diagnóstico 70% de los pacientes son no operables, ya que presentan muchas comorbilidades que aumentan el riesgo y el mal pronóstico, de las enfermedades que más se relacionan con este cáncer es la enfermedad obstructiva crónica en un 8,5%, pero también se observa en enfermedades intersticial en un 6-15%, siendo el factor de riesgo más importante el fumado (López & Villalobos, 2020, pág. 46).

La OMS define los CuPa como “los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo perseguido es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida

y considera el morir como un proceso normal. Los CuPa no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia (Polo, Bommatty, & Gálvez, s.f, pág. 627).

A pesar de la gran definición que da la OMS a los CP, es poca su aplicabilidad en la actualidad, debido principalmente a que la medicina durante el siglo XX, cambió su orientación guiándose hacia un estudio más exhaustivo de las enfermedades en busca de sus causas para plantear posibles soluciones o curaciones de la enfermedad. En la actualidad los avances tecnológicos han permitido llegar a este objetivo en muchas enfermedades o por lo menos estar cada vez más cerca, por lo que muchos esfuerzos en la investigación y la docencia van encaminados a crear conocimiento o generar argumentos con el objetivo de prolongar las expectativas de vida más que a velar por la calidad, llevando a que el manejo sintomático de la enfermedad haya sido trasladado a un segundo plano y en ocasiones este siendo totalmente ignorado (Esper, 2011, pág. 10).

La presentación clínica del cáncer de pulmón va a depender de la localización en la que se encuentre la lesión, si esta es más central se presentaría tos, disnea, hemoptisis, obstrucción de la vía aérea; y si la lesión es más periférico se observa tos disnea, derrame pleural y dolor pleurítico. Los pacientes desarrollan caquexia la cual tiene un origen multifactorial, produce disminución de la fuerza muscular y es una de los factores limitantes más importantes en las pruebas de esfuerzo (López & Villalobos, 2020, pág. 46).

Síntomas relacionados con el tumor primario

La tos es el síntoma más frecuente, causada por obstrucción intrínseca o extrínseca (por adenopatías) de tráquea y bronquios proximales. La disnea ocurre en el 60% de los casos y suele asociarse a un aumento

de la tos y la expectoración. La hemoptisis raramente es severa y suele aparecer como expectoración hemoptoica. Dolor torácico, estridor y sibilancias son otros síntomas posibles en este grupo (Polo, Bodineau, & Muñoz, 2005, págs. 567-568).

Síntomas relacionados con metástasis intratorácicas

- Parálisis del nervio recurrente (2-18%). Voz bitonal.
- Parálisis frénica. Disnea con elevación diafragmática.
- Tumor de Pancoast: Asienta en el sulcus superior y afecta precozmente al plexo braquial y raíces nerviosas 8ª cervical y 2ª torácica. Provoca dolor, parestesias, cambios en la temperatura en el miembro superior afecto y síndrome de Horner.
- Pared torácica: Más del 50% de los casos de CP tendrán dolor torácico. Responde a afectación mediastínica importante (retroesternal) o infiltración de pared torácica por el tumor.

- Pleura: (8-15%). Dolor pleurítico por infiltración directa o derrame pleural por obstrucción linfática.
- Síndrome de vena cava superior: (0-4%). Edema facial y cervical, circulación venosa visible en tórax superior, hombros y brazos, cefalea, tos y disfagia. - Corazón y pericardio: Producidas por afectación linfática directa en forma de derrame pericárdico (Polo, Bodineau, & Muñoz, 2005, pág. 568).

Síntomas relacionados con metástasis extratorácicas

Afectación ósea (25%), especialmente en esqueleto axial y huesos largos proximales, en forma de dolor. Hígado, suprarrenales y ganglios abdominales. Cerebro (30%) y médula espinal en forma de cefalea, convulsiones y cambios en la personalidad. Ganglios linfáticos (los de la fosa supraclavicular en un 15-20% de casos) (Polo, Bodineau, & Muñoz, 2005, pág. 568).

Tabla 1. Descripción de Enfermedad terminal

Ítem	Descripción
Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.	En el caso del cáncer, cuya historia natural es hoy bien conocida, resulta casi siempre fácil establecer el momento en que al enfermo se le puede declarar incurable. En otras patologías, todavía no tan conocidas, es por el momento más difícil definir ese momento. Tal es el caso del sida.
Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.	Debemos estar absolutamente seguros de que se han empleado todos los recursos hoy disponibles para controlar la enfermedad. De otra manera, correríamos el riesgo tremendo de etiquetar como terminal un enfermo potencialmente curable. Por este motivo, las unidades de medicina paliativa deben estar en los servicios de oncología o muy cerca de ellos.
Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos múltiples, multifactoriales y cambiantes	Sobre todo a medida que avanza la enfermedad, aparecen varios problemas intensos, casi siempre causados por varios motivos y que tienden a cambiar con mucha frecuencia. En situaciones agónicas o preagónica, los cambios pueden suceder en horas o minutos

<p>Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte</p>	<p>No solamente el enfermo recibe un gran impacto emocional, si no también la familia, a veces incluso mas que el propio enfermo. Por este motivo, el objetivo terapéutico será siempre el enfermo y la familia.</p>
<p>Pronostico de vida inferior a 6 meses</p>	<p>Este dato tiene una importancia estadística, pero sin embargo nosotros, a preguntas de enfermo o familiares, nunca damos plazos. Nuestra tarea es informar, tanto a enfermo como a familiares que, quede el tiempo que quede, nosotros vamos a acompañarles, que nunca se van a sentir solos y que vamos a hacer todo lo que este en nuestras manos para mantener, en lo posible, la mejor calidad de vida.</p>

Fuente: (DEL PILAR & ESTRADA, 2010). Elaborado por: Los Autores.

Cecily Saunders (1918 - 2005) estableció los principios básicos de los Cuidados Paliativos sobre una perspectiva humanista en los años 60's, con lo que cambio sustancialmente la forma de actuar frente a tratar al enfermo en fase terminal. Sus esfuerzos propiciaron el desarrollo del movimiento "Hospice" (corriente mundial que plantea proveer de un cuidado compasivo al paciente agonizante), destinado a conseguir una muerte tranquila, sin tratamientos inciertos y la creación de un clima de confianza, comunicación e intimidad (Delgado Ospina, 2017).

Metodología

El presente artículo describe y compara diferentes literaturas sobre los Cuidados paliativos en pacientes con CA de pulmón. Para ello, se recolecta esta información de diferentes fuentes bibliográficas adquiridas de bases de datos (SCOPUS, PubMed, Biblioteca Cochrane, Google Scholar) valorando la calidad y veracidad de la información recopilada, así como la actualidad del contenido.

Resultados

Organización de un programa de cuidados paliativos

En principio, el modelo por el que se apuesta es el del cuidado en domicilio como pri-

mera elección. El Hospital queda como opción en curso evolutivo o segunda opción si no hay condiciones para el cuidado familiar. El apoyo psicológico y la atención integral (biopsicosocial) son habilidades que deben formar parte imprescindible de las competencias de todos los profesionales que atiendan al paciente. La mayoría de las veces se podrá prestar ayuda sin requerir intervenciones de psicólogos, las cuales deben quedar reservadas a situaciones claramente disfuncionales (Polo, Bommatty, & Gálvez, s.f).

Los criterios para ingresar en el programa de CuPa en el núcleo familiar serían los siguientes:

- Cumplir la definición de enfermedad oncológica terminal que demanda CuPa en la que concurren los siguientes criterios: Presencia de numerosos problemas, síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y pronóstico de vida definitivamente limitado.
- Existencia de un núcleo familiar que asuma el programa, con clara identificación del cuidador principal.
- Existencia de una estructura con capacidad de asumir el programa de CuPa.



- Consentimiento del paciente.
- Los criterios de ingreso hospitalario en programa de CuPa son:
- En el momento inicial: situación clínica, inexistencia de núcleo familiar y/o ausencia de estructura de que pueda asumir el programa de CuPa en el domicilio.

- En el curso de estancia de programa de CuPa a domicilio: Incidencia evolutiva cuya resolución persigue una mejoría en la calidad de vida del paciente que no pueda ser llevada a cabo en casa y/o claudicación familiar (Polo, Bommatty, & Gálvez, s.f).

Manejo y tratamiento de los problemas más frecuentes

Tabla 2. Manejo y tratamiento de los problemas más frecuentes

Ítem	Descripción
Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.	En el caso del cáncer, cuya historia natural es hoy bien conocida, resulta casi siempre fácil establecer el momento en que al enfermo se le puede declarar incurable. En otras patologías, todavía no tan conocidas, es por el momento más difícil definir ese momento. Tal es el caso del sida.
Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.	Debemos estar absolutamente seguros de que se han empleado todos los recursos hoy disponibles para controlar la enfermedad. De otra manera, correríamos el riesgo tremendo de etiquetar como terminal un enfermo potencialmente curable. Por este motivo, las unidades de medicina paliativa deben estar en los servicios de oncología o muy cerca de ellos.
Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos múltiples, multifactoriales y cambiantes	Sobre todo a medida que avanza la enfermedad, aparecen varios problemas intensos, casi siempre causados por varios motivos y que tienden a cambiar con mucha frecuencia. En situaciones agónicas o preagonica, los cambios pueden suceder en horas o minutos
Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte	No solamente el enfermo recibe un gran impacto emocional, si no también la familia, a veces incluso mas que el propio enfermo. Por este motivo, el objetivo terapéutico será siempre el enfermo y la familia.
Pronostico de vida inferior a 6 meses	Este dato tiene una importancia estadística, pero sin embargo nosotros, a preguntas de enfermo o familiares, nunca damos plazos. Nuestra tarea es informar, tanto a enfermo como a familiares que, quede el tiempo que quede, nosotros vamos a acompañarles, que nunca se van a sentir solos y que vamos a hacer todo lo que este en nuestras manos para mantener, en lo posible, la mejor calidad de vida.

	<p>paliativa). La farmacoterapia de la disnea incluye los broncodilatadores, corticoides, oxigenoterapia y opioides. Otra opción disponible es el tratamiento broncoscópico.</p> <p>Los broncodilatadores inhalados (beta2 agonistas y anticolinérgicos) se usan cuando el paciente con CP avanzado padece una broncopatía crónica obstructiva que puede estar agravada por éste en un intento de mejorar los posibles broncoespasmo e hipoxia subyacentes.</p> <p>La oxigenoterapia se considera beneficiosa como medida paliativa especialmente en condiciones de enfermedad crónica de la vía aérea subyacente y como medida psicológica para paciente y familiares.</p>
Control de la tos	<p>Los antitusígenos pueden ser de dos tipos, los no narcóticos (dextrometorfano; 10-30 mgr/4-8 h v.o., que carece de los efectos analgésico, narcótico y depresor del SNC) y los opioides, representados por la codeína y la morfina. La codeína es la más ampliamente usada.</p> <p>Si el paciente no puede expectorar por estar muy debilitado, habrá que valorar la necesidad de usar antitusígenos e hioscina subcutánea (0,5-1 mgr/6-8 h) para reducir las secreciones respiratorias</p>
Control del derrame pleural (DP)	<p>El primer paso consiste en realizar una toracocentesis evacuadora para comprobar el alivio de la disnea que provoque, así como la velocidad de reaparición del derrame. Si el pulmón está atrapado después de la evacuación del DP el alivio de la disnea puede ser mínimo o inexistente. Si por el contrario se alivia la disnea pero la velocidad de reaparición es rápida existen varias opciones; Toracocentesis evacuadoras periódicas,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de tubo pleural tunelizado permanente, • Pleurodesis química por medio de tubo de drenaje torácico o pleuroscopia, • Derivación pleuroperitoneal y • Terapia sistémica (quimioterapia en el derrame del CP microcítico).
Control de la hemoptisis	<p>El manejo dependerá de su intensidad. La hemoptisis leve o expectoración hemoptoica suele controlarse con métodos conservadores, fundamentalmente a base de reposo y antitusígenos (dextrometorfano; 10-30 mgr/4-8 h o codeína; 30-60 mgr/6-8 horas). Si las medidas iniciales no son efectivas se recurrirá al tratamiento endoscópico.</p> <p>Otras técnicas no endoscópicas incluyen radioterapia externa y la embolización terapéutica de la arteria bronquial sangrante previa identificación de ésta con arteriografía bronquial.</p>
Control del síndrome de vena cava superior	<p>Tradicionalmente la terapéutica de elección ha sido la radioterapia externa sobre el tumor, que ha demostrado una efectividad del 80% de los casos en el CP tipo no microcítico. En el tipo microcítico se debe asociar quimioterapia. Una alternativa terapéutica cada vez más utilizada es la angioplastia de cava superior, previo tratamiento fibrinolítico local si hay trombosis y seguida de la colocación de una prótesis autoexpandible metálica, que obtiene similares resultados que la radioterapia, incluso en casos donde no hay respuesta a ésta.</p>
Control de las metástasis óseas líticas	<p>El primer objetivo en esta situación es el control del dolor que debe obtenerse mediante analgésicos en primer lugar (ver control del dolor) y una vez conseguido éste, se debe controlar la inflamación ósea. La radioterapia es considerada como el método inicial no farmacológico de elección, alcanzando un 90% de éxito en reducir el dolor, haciéndolo desaparecer en un 50% de los</p>

	<p>respondedores. La dosis de 8 Gy en fracción simple es suficiente para controlar el dolor en muchos casos pero el control es más duradero y precoz cuando se administran dosis fraccionadas crecientes. Además, la asociación radioterapia + esteroides orales (prednisona 20-40 mgr/día) consigue un control más rápido y duradero del dolor.</p>
Control de las metástasis cerebrales	<p>Las cuatro opciones de tratamiento paliativo son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esteroides sistémicos: Mejoran la función neurológica durante un tiempo no superior al mes de tratamiento. El más utilizado es la Dexametasona, a dosis recomendadas de 16 mgr al día. Se debe acompañar de radioterapia craneal. • Radioterapia craneal: Es la opción terapéutica de elección. Se usa de forma profiláctica en el CP microcítico en caso de enfermedad limitada con respuesta parcial o completa a QT y de forma paliativa en el CP no microcítico con metástasis cerebrales. La dosis acumulada habitual es de 30 Gy administrada en 10 sesiones de 3 Gy. • Radiocirugía estereotáctica: Generalmente restringida a lesiones menores de 3 cm de diámetro, utiliza un sistema de fijación y radiación convergente desde varios planos para actuar sobre la lesión, dejando indemne la periferia de la lesión. • Cirugía: Se indica en caso de metástasis cerebral única accesible en pacientes con CP no microcítico y buena capacidad funcional, siempre asociada a radioterapia.

Fuente: (Polo, Bommatty, & Gálvez, s.f). Elaborado por: Los Autores.

Tipo	Farmaco	Dosis
No opioides	Paracetamol (Efferalgan, Dolostop, Gelocatil)	0,5-1 gr/4-8 h. Dosis máxima 6 gr/día
	AAS y derivados (AAS, Inyesprin, Solusprin)	0,5-1 gr/4-6 h. Dosis máxima 6 gr/día
	Metamizol (Nolotil, Lasain)	0,5-2 gr/4-8 h. Dosis máxima 8 gr/día
	Derivados del ácido propiónico:	
	Naproxeno (Naprosyn, Antalgin)	250-500 mgr/12 h.
	Ibuprofeno (Espedifén, Neobrufen, Saetil)	200-600 mgr/6 h.
	Ketoprofeno	50-100 mgr/8 h.
	Derivados del ácido acético:	
	Indometacina (Inacid)	25 mgr/8 h
	Ketorolaco (Droal, Toradol)	10 mgr/6 h.
Diclofenaco (Diclofenaco)	50 mgr/8 h.	
Opioides débiles	Codcina (Codcisan)	60 mgr/4 h. Dosis máxima 240 mgr/día
	Dihidrocodeína (Contugesic)	60-120 mgr/12 h. Dosis máx. 240 mgr/día
	Tramadol (Adolonta)	100 mgr/6 h.
Opioides potentes	Morfina	5-10 mgr/4 h. (dosis de inicio)
	(Ver Tabla II) Fentanilo	25 picogr/72 h. (dosis de inicio)

Imagen 1. Medicación analgésica.

Fuente: (Polo, Bommatty, & Gálvez, s.f).

Antidepresivos			
Amitriptilina (Tryptizol tab 25-50-75 mg)	Dolor neuropático. Depresión subyacente. Insomnio.	25-150 mg	- Sedación y efectos anticolinérgicos son limitantes de dosis. - Comenzar con dosis bajas nocturnas (25 mg)
Clorimipramina (Anafranil g. 10-25 mg)		25-150 mg	
Imipramina (Tofranil gg 10-25-50 mg)		25-150 mg	
Anticomiciales			
Carbamacepina (Tegretol comp 200-400 mg)	Dolor neuropático paroxístico (asociado a antidepresivos o solos si estos no se toleran). Mioclonias asociadas a opioides	200-800 mg	- Empezar con dosis bajas nocturnas. - Posible leucopenia con carbamacepina
Clonacepam (Rivotril comp 0,5-2 mg; gotas 2,5 mg/ml)		100-300 mg	
Gabapentina (Neurontin comp 300-400 mg)		900-1200 mg	
Neurolepticos			
Clorpromacina (Largactil como 25 mg)	Dolor somático y visceral. Útil en pacientes con tolerancia a opiáceos u obstrucción intestinal	10-40 mg	Sedantes y antieméticos
Levomepromacina (Sinogán comp y amp 25 mg; gotas: 1 gota= 1 mg)		10-40 mg	
Benzodiacepinas			
Loracepán (Orfidal comp 1 mg; Idalprem comp 1-5 mg)	Dolor crónico Espasmo muscular Agitación terminal	1-10 mg	- Miorrelajantes - Ansiolíticos - Hipoinductores - Anticonvulsivantes
Midazolam (Dormicum como 7.5 mg; amp 15 mg)		7,5- 15 mg - En procesos menores 2-10 mg. - En sedación terminal comenzar con 5 mg subc o IM y post perfusión de 30 mg en 24 horas	
Estimulantes			
Metilfenidato (Rubifen como 10 mg, Ritalin, Concerta)	Dolor somático y visceral.	10 mg	Analgesia adicional a opiáceos; reduce la sedación de éstos. Pautar por la mañana

Imagen 2. Fármacos coadyuvantes en el tratamiento del dolor

Fuente: (Polo, Bommatty, & Gálvez, s.f).

Cuidados en las últimas horas de vida

La familia y otros cuidadores deben estar preparados, en particular si se planea que el fallecimiento acaezca en el hogar. Los pacientes en sus últimos días de vida tienen enorme debilidad y fatiga y están acostados permanentemente, situaciones que puede ocasionar úlceras por presión. Dejan de comer y de beber, lo que provoca sequedad de las membranas mucosas y disfagia. La limpieza cuidadosa del interior de la boca, la aplicación de lubricantes de los labios y el uso de lágrimas artificiales son medidas que sustituyen los intentos de alimentación. El paciente, al perder el reflejo nauseoso y mostrar disfagia, también presenta acumulación de secreciones orales, lo cual produce ruidos durante la respiración que a veces se denominan “estertores agónicos”. También se experimentan cambios de la respiración con periodos de apnea o respiración de cheyne-Stokes. La disminución del volumen intravascular y del gasto cardíaco origina taquicardia, hipotensión, frialdad en zonas periféricas y manchas de la piel. Los pacientes también presentan a veces incontinencia urinaria y con menor frecuencia fecal. Los cambios en el nivel de conciencia y en la función neurológica por lo común siguen caminos diferentes hasta la muerte (DEL PILAR & ESTRADA, 2010).

Si se ha previsto que el paciente fallezca en su hogar, el médico debe informar a los allegados y cuidadores la forma de conocer si la persona ha fallecido. Los signos cardinales son la interrupción de la función cardíaca y de la respiración; las pupilas quedan fijadas; el cuerpo se enfría, asume un calor blanquecino grisáceo y ceroso; los músculos se relajan y puede haber incontinencia. Hay que recordar a todos ellos que los ojos pueden quedar abiertos debido a la desparición de la grasa retro orbitaria y el desplazamiento hacia atrás de la órbita, que dificulta que los párpados cubran el globo ocular (DEL PILAR & ESTRADA, 2010).

Conclusiones

Los cuidados paliativos son útiles en pacientes oncológicamente terminales, el objetivo fundamental es aliviar el dolor y cualquier sintomatología que se pueda presentar en el paciente y que el personal dispuesto para ello debe estar capacitado para afrontarlo y atento las 24 horas del día. Sin embargo sigue siendo una etapa dura para los familiares que deben afrontar esta realidad, ya sea en un centro de salud o en el hogar.

Bibliografía

- Alcaide Morales, J. A. (2020). Evidencia del tratamiento de fisioterapia en cáncer avanzado de pulmón y cuidados paliativos.
- DEL PILAR, L. M., & ESTRADA, G. (2010). CANCER Y CUIDADOS PALIATIVOS. ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDUCACIÓN CONTINUA Y A DISTANCIA, A.C.
- Delgado Ospina, J. A. (2017). Cuidados paliativos para pacientes oncológicos con calidad de vida un reto para el profesional de enfermería.
- Esper, J. (2011). Cuidados paliativos en pacientes con cáncer. Una necesidad actual y vigente. *Revista Médicas UIS*, 24(1), 9-14.
- López, C. D., & Villalobos, V. (2020). Rehabilitación Pulmonar en Pacientes con Cáncer de Pulmón. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 9(6), 45-52.
- Polo, C. G., Bodineau, J., & Muñoz, A. (2005). Cáncer de pulmón. Manejo del paciente terminal. Medidas paliativas. In *Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología*. Ergon Madrid, 567-579.
- Polo, C. G., Bommatty, M., & Gálvez, G. (s.f). Cáncer de pulmón. Cuidados paliativos y manejo del paciente terminal.

CITAR ESTE ARTICULO:

Castillo Apolo, L. E., Arguello Molina, T. J., Daza Bermeo, K. L., & Macías Vélez, F. D. (2021). Cuidados paliativos en pacientes con CA de pulmón. RECIAMUC, 5(2), 151-161. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(2\).abril.2021.151-161](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.151-161)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.