

Control de síntomas en el paciente con cáncer

Symptomatic support in patients with cancer

G. López de Argumedo, R. Fernández, P. Rodríguez[§], J. L. García

Servicio de Oncología Médica. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.
[§] Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Introducción

El alivio de los síntomas físicos y psicológicos en el paciente oncológico es una parte esencial de los cuidados paliativos. La OMS define los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de los enfermos que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo su principal objetivo conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias. El tratamiento sintomático y de soporte del enfermo oncológico no es incompatible con los tratamientos específicos antitumorales que tienen intención curativa o de aumento de supervivencia, y adquiere toda su importancia en las fases avanzadas de la enfermedad.

La asistencia a estos pacientes debe considerarse de forma global, abarcando además de los síntomas físicos, el nivel psicológico, social, económico y espiritual.

Se estima que un paciente con cáncer puede presentar de forma simultánea de 5 a 10 síntomas, dependiendo de su estadio evolutivo y es posible la existencia de varios factores etiológicos en el mismo síntoma. No todos los síntomas deben atribuirse exclusivamente a la enfermedad; pueden deberse al tratamiento, a otra patología intercurrente o tener un origen psicológico. Una historia clínica correcta nos permitirá realizar un diagnóstico diferencial y un tratamiento adecuado.

A continuación se repasan los síntomas más frecuentes en el paciente oncológico y los tratamientos más habituales

Síntomas digestivos

Los síntomas digestivos son los más frecuentes en su conjunto. Destacan la anorexia, la sequedad de boca, las náuseas y

vómitos, la disfagia, el estreñimiento, la obstrucción intestinal y la diarrea.

Anorexia

Se define como la incapacidad para comer normalmente y es muy frecuente en los pacientes con cáncer avanzado. Su etiología parece radicar en citoquinas secretadas por el tumor como el factor de necrosis tumoral, las interleucinas 1 y 6 y el interferón gamma. Contribuyen a ella factores digestivos (disgeusia, xerostomía, disfagia, estreñimiento, vómitos), metabólicos (hipercalcemia, hiponatremia, uremia), relacionados con el tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia), psicosociales (ansiedad, depresión) y otros (dolor, disnea, alteración del nivel de conciencia). El tratamiento comprende medidas generales como respetar los gustos y apetencias del paciente, realizar comidas con pocas cantidades, añadir suplementos calóricos, y tratamiento farmacológico:

- Corticoides: dexametasona 2-8 mg/d. Aumenta el apetito a los 2-3 días de comenzar el tratamiento y suele durar 4-5 semanas.
- Acetato de megestrol y el acetato de medroxiprogesterona, derivados sintéticos de la progesterona. Provocan ganancia de peso y aumento del apetito, que suele aparecer en 2 ó 3 semanas. La dosis: 160 mg, de una a tres veces al día. Como efectos secundarios destacan: tromboembolismo, descompensación diabética, estreñimiento.
- Agentes proquinéticos: metoclopramida y cisapride, en pacientes con saciedad precoz y vómitos.
- Otros: cannabinoides, ciproheptadina.

Boca seca

La sequedad de boca puede deberse a: mala higiene, deshidratación, respiración oral, uso de oxigenoterapia, estomatitis, radioterapia, fármacos (antidepresivos, anticolinérgicos, opioides).

El tratamiento consiste en intentar corregir las causas etiológicas, higiene bucal (lavados de boca con agua oxigenada, clohexi-

dina), aumentar la salivación (chupar caramelos, cubitos de hielo, manzanilla, saliva artificial).

Candidiasis oral

Su incidencia en fases avanzadas llega al 80%. Los factores de riesgo son: el uso de corticoides, la sequedad de boca, los antibióticos.

El tratamiento consiste en enjuagues de Nistatina en solución y en caso de candidiasis extensas, Fluconazol.

Disfagia

Definida como la dificultad para tragar y cuya causa puede ser secundaria al tumor, al tratamiento, por candidiasis esofágica, por somnolencia.

El tratamiento consiste en: cambios en la dieta, corticoides, radioterapia, dilataciones, y en casos seleccionados medidas más agresivas como la colocación de prótesis endoluminales o la realización de gastrostomías.

Náuseas y vómitos

Constituyen un síntoma muy frecuente y más en pacientes con cáncer de mama, páncreas o tumores ginecológicos. Las causas más frecuentes son: fármacos (opioides, AINES, antibióticos, corticoides), quimioterapia, radioterapia, alteraciones metabólicas (hipercalcemia, uremia), alteraciones en el área ORL (infecciones, compresiones extrínsecas), alteraciones gastrointestinales (obstrucciones esofágicas o intestinales, gastritis, hemorragias digestivas, hepatomegalia, estreñimiento), alteraciones del SNC por aumento de la presión intracraneal (metástasis, radioterapia).

El tratamiento incluye medidas generales como tratar las causas reversibles y tratamiento farmacológico:

- Ortopramidas: Metoclopramida, 10-20 mg/ 6 h VO, IV, IM o SC. Favorece el vaciamiento gástrico y estimula la motilidad gastrointestinal. Sus efectos secundarios son: sedación suave, reacciones extrapiramidales y somnolencia.

Correspondencia:
G. López de Argumedo
Servicio de Oncología Médica
Hospital de Cruces
48903 Barakaldo. Bizkaia

- Butirofenonas: Haloperidol, 1-2 mg/ 3-6 h VO, SC, IM, IV. Con efecto ansiolítico y antipsicótico.
- Fenotiacinas: Clorpromacina, 10-15 mg/ 8 h VO, IV. Con efecto anticolinérgico mayor que el haloperidol.
- Corticoides: Dexametasona, 2-8 mg/ 8-12 h VO, IV. Util en hipertensión intracranial e hipercalcemia.
- Benzodiacepinas: Lorazepam, 0.5-2 mg / 8-12 h. Util en los vómitos anticipatorios.
- Antagonistas serotoninérgicos: Ondansetrón, Granisetron, Tropisetón. De uso en los vómitos por quimioterapia.

Diarrea

Las causas más frecuentes son: impactación fecal (ancianos, inmovilización, opioides), por obstrucción intestinal intermitente, farmacológicas (laxantes, antibióticos, AINES, antiácidos), secundarios al tratamiento (quimioterapia, radioterapia, cirugía), infecciones, insuficiencia pancreática, tumor carcinoide, malnutrición.

El tratamiento consiste en: hidratación oral o intravenosa, dieta líquida y astringente, suspender los laxantes, y utilizar fármacos (Codeína, Loperamida) en diarreas persistentes inespecíficas, antibióticos si la causa es infecciosa, Colestiramina si el origen es biliar, enzimas pancreáticas si hay esteatorrea, AINES si es por radioterapia, Octeotride en el síndrome carcinoide.

Obstrucción gastrointestinal

Se observa en los pacientes con tumores abdominales y pélvicos. Las causas pueden ser: tumorales (compresión extrínseca, masas intraluminales), adherencias post-cirugía, fibrosis post-radioterapia, farmacológica (opioides, antidepresivos, neurolépticos), impactación fecal, íleo paralítico.

El tratamiento comprende inicialmente la valoración de quirúrgica, teniendo en cuenta la situación del enfermo y la existencia de una posible causa con solución quirúrgica. En el tratamiento médico habrá que valorar la necesidad de sonda nasogástrica, aspiración e hidratación, así como de uso de enemas de limpieza. También se utilizan antieméticos como Haloperidol, Metoclopramida, Octeotride; corticoides para la obstrucción gastroduodenal. El control del dolor se hará con Morfina subcutánea, hioscina.

Estreñimiento

Se define como una anomalía del volumen, consistencia o frecuencia de la evacuación.

Su etiología puede estar relacionada con el tumor (infiltración intrínseca o extrínseca, infiltración lumbo-sacra), con el paciente (inactividad, desnutrición, deshidratación), alteraciones neurológicas (neuropatías, compresión medular), fármacos (opioides, anticolinérgicos), trastornos bioquímicos (hipercalcemia).

El tratamiento supone medidas generales (dieta rica en fibra, aumentar la actividad física y la ingesta de líquidos) y el uso de laxantes:

- Reguladores, que aumentan el volumen de la masa fecal (salvado, metilcelulosa, psilio).
- Detergentes o lubricantes, que permiten el paso de agua a la masa fecal (parafina).
- Osmóticos, que aumentan la presión osmótica de la luz (lactulosa, lactitol).
- Purgantes, que aumentan el peristaltismo intestinal (X-prep, dulcolaxo).

Síntomas respiratorios

Los síntomas respiratorios más frecuentes son la disnea, la tos, el hipo y la respiración estertorosa.

Disnea

Puede tener múltiples etiologías: por el tumor (obstrucción, síndrome de vena cava superior, derrame pleural, linfangitis carcinomatosa, distensión abdominal), por los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia) otras causas (broncoespasmo, embolismo pulmonar, insuficiencia cardíaca, anemia, infecciones).

La disnea provoca en el paciente una sensación de pánico respiratorio que empeora la clínica. La morfina a bajas dosis de forma regular (5 mg / 4 h) disminuye la ansiedad y reduce la sensibilidad del centro respiratorio. El uso de benzodiazepinas es útil también para mejorar la disnea (diazepam, 5-10 mg / 8-12 h). El tratamiento con corticoides será beneficioso si existe infiltración tumoral o linfangitis carcinomatosa.

Tos

Más del 80% de los pacientes con cáncer de pulmón la presentan. Su etiología es multifactorial y puede deberse al tumor (por irritación traqueal, bronquial o pleural), al tratamiento (neumonitis post-radioterapia), o a otras causas (infecciones, enfermedades respiratorias).

El tratamiento va a depender de las características de la tos.

- Tos seca: antitusígenos de acción central (codeína 30-60 mg/ 6 h , dihidrocodeína 60 mg/ 12 h , morfina 5-20 mg/ 4 h).

- Tos húmeda productiva: humidificar el aire , usar mucolíticos (N-acetil cisteína).
- Tos húmeda no productiva: Antitusígenos (codeína ...), hioscina; limitar el uso de la aspiración.

Hipo

Aparece como consecuencia de una irritación diafragmática por la presencia de enfermedad gástrica, hepática o esofágica; por irritación del nervio frénico; debido a una infección o más raramente por un tumor cerebral. La metoclopramida, la clorpromacina (10-15 mg / 8 h) y el valproato sódico (500-1000 mg / 24 h) son útiles.

Los corticoides pueden disminuir la irritación diafragmática.

Respiración estertorosa

Suele aparecer en las últimas horas de vida, por acumulación de secreciones en la hipofaringe , que no pueden ser movilizadas. Para su tratamiento se utilizan fármacos anticolinérgicos (clorhidrato de escopolamina), hioscina, morfina. Otras medidas son el drenaje postural y la aspiración de secreciones bronquiales.

Síntomas neuropsicológicos

Entre ellos destacan el insomnio, el estado confusional agudo, la ansiedad y la depresión, siendo de difícil valoración.

Insomnio

Aparece en la mayoría de los pacientes con cáncer avanzado debido a que tienen miedo a la noche. En su etiología intervienen factores : fisiológicos (exceso de luz o ruido, somnolencia diurna, nicturia), psicológicos (ansiedad, depresión), tratamiento incorrecto de otros síntomas (dolor, disnea, vómitos...), fármacos (corticoides, diuréticos).

El tratamiento consiste en medidas generales (aumentar la actividad diurna del paciente, disminuir ruidos y luz) y farmacológicas , en las que destacan las benzodiazepinas. Las más utilizadas son las de acción rápida: Midazolam, Flunitrazepam, Triazolam. Si se asocia a un estado de ansiedad son útiles las de vida media más larga: Lorazepam, Cloracepato dipotásico, Diazepam en dosis repartidas a lo largo del día.

Estado confusional agudo

Su etiología es también multifactorial y puede ser debida al tumor, privación alcohólica, reducción brusca de la medicación, alteraciones bioquímicas (hipercalce-

mia, hiponatremia, hipo/hiperglucemia), utilización de fármacos sedantes, exceso de estímulos no familiares, fracaso orgánico (hepático o renal), anoxia cerebral.

El tratamiento depende de la etiología, pudiendo utilizarse: oxigenoterapia en caso de anoxia; benzodiacepinas si hay agitación; haloperidol en caso de síntomas psicóticos o alucinaciones.

Ansiedad

Es el problema psicológico más frecuente en los pacientes con cáncer y también entre los familiares. Sus causas son diversas: dolor mal controlado, enfermedad física (hipoxia, sepsis, hemorragia), causas psiquiátricas, farmacológicas (corticoides, opiáceos, benzodiacepinas, metoclopramida).

El tratamiento se basa en la utilización de fármacos: benzodiacepinas o neurolépticos y en medidas no farmacológicas, como pueden ser: adecuadas técnicas de relajación y control adecuado de los síntomas que padezca el enfermo.

Depresión

Tiene una incidencia del 20-25% en los pacientes con cáncer y aumenta a medida que avanza la enfermedad. Su tratamiento es complejo, utilizando psicofármacos y/o psicoterapia, siendo en ocasiones necesaria la ayuda de psicólogos y psiquiatras.

Síntomas urinarios

Incontinencia urinaria

Es la incapacidad del paciente para retener la orina. Entre las causas destacan: infección urinaria, medicamentos (diuréticos, benzodiazepinas), alteraciones metabólicas (hiperglucemia, hipercalcemia),

alteraciones psicológicas (depresión, estado confusional agudo), dificultad de acceso al w. c.

El tratamiento consiste en tratar la causa reversible si es posible: disminuir los diuréticos, tratar la infección y adoptar medidas generales como reducir bebidas excitantes, reducir la ingesta de líquidos en tarde y noche, aumentar la proximidad al baño. En cuanto al tratamiento farmacológico destacan: si existe inestabilidad vesical, oxibutinina (15 mg / 8 h); en incontinencia por estrés, imipramina (10 mg / 8-12 h); también puede utilizarse amitriptilina, en la inestabilidad del detrusor, y AINES (Naproxyn).

Espasmo vesical

Se caracteriza por un dolor suprapúbico intermitente por hiperactividad del músculo detrusor de la vejiga. Las causas más frecuentes son irritación local por tumores, infección, sonda vesical, radioterapia.

En el tratamiento además de tratar la causa reversible, pueden ser útiles AINES (disminuyen la sensibilidad del detrusor), amitriptilina, oxibutinina, hioscina.

Tenesmo vesical

Es el deseo constante de orinar, destacando entre sus causas: infiltración vesical, hipertrofia protática, debilidad general, uso de anticolinérgicos, etc.

En el tratamiento además de corregir la causa pueden ser de utilidad los alfa bloqueantes como el prazosín (0.5-1 mg / 8 h).

Conclusiones

En el cáncer avanzado se presentan múltiples síntomas y signos durante la evolu-

ción de la enfermedad. El control adecuado de los problemas que presenta el paciente oncológico requiere una cuidadosa valoración, para poder plantear, en cada caso, el diagnóstico diferencial y posteriormente el tratamiento, que permita controlar los síntomas y mejorar su calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Sanz J., Gómez Batiste X., Gómez Sancho M., Nuñez Olarte JM. Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.
2. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Technical report series 804. Geneva . WHO 1990.
3. Gómez Batiste X., Codorniu N., Moreno F. Principios generales del control de síntomas. En Cuidados paliativos en Oncología. Gómez Batiste X., Planas J., Roca J., Viladiu P. JIMS . Barcelona, 1996 : 97-115.
4. Sanz J. Medidas generales para el alivio de síntomas . Medicina Paliativa 1996 ; 3 : 157-161.
5. Nelson K. The cancer-cachexia syndrome. Semin. Oncol. 2000 ; 27 : 64-68 .
6. Montalar Salcedo J., Aparicio Urtasun J., Oltra Ferrando A. Síntomas generales del cáncer. En : Oncología Clínica. González Barón M. 2ª de. Mc Graw Hill. Madrid 1998. 663-670.
7. Komurcu S., Nelson K., Walsh D., Donnelly S., Homsí J., Abdullah O. Common Symptoms in Advanced Cancer. Semin. Oncol. 2000 ; 27 : 24-33.
8. Gómez Sancho M., Ojeda Martín M. Cuidados paliativos : Control de síntomas. 3ª ed. Asta Médica. 1999.
9. Sanz Ortiz J., López Vega JM. El paciente con enfermedad terminal. En : Oncología Médica. H Cortés Funes y cols. (edit) . Madrid . 1999 : 1733-1741.
10. González Barón M., Barón Saura JM., García de paredes ML., Berrocal A., Ordóñez A. Tratamiento paliativo del paciente terminal. Rev. Cancer. 2000 ; 14 : 1-7.